

Aus der Kinderklinik der Charité

Der Einfluß der Krankheit
auf das Verhalten des Kleinkindes

Mit 3 Abbildungen im Text

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung
der Medizinischen Doktorwürde

an der Friedrich Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Thekla Berger

aus Berlin

Tag der Promotion: 10. VII 28

1928

Johann Ambrosius Barth / Leipzig

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Berlin

Dekan: Prof. ~~KEIBEL~~ *van Eicken*

Referent: Professor Dr. HAMBURGER, Privatdozent

Korreferent: Geheimrat Dr. CZERNY

Erscheint gleichzeitig in der *Zeitschrift für angewandte Psychologie*
Bd. 32 (1929), Heft 4 bis 6

Inhaltsübersicht

Seite

Einleitung. Wirkung der Krankheit auf den Erwachsenen und Unterschiede im kindlichen Verhalten.	343
--	-----

Ausführung

I. Das Verhalten des kranken Kleinkindes abhängig von	
1. Milieu	345
2. Anlage	345
3. Verhältnis des Prüfers zum Kind	347
4. Momentanen Reizen	347
II. Art der Prüfung	
a) Nach dem Alter	347
b) Nach der Dauer der Krankheit.	351
III. Das Verhalten des kranken Kleinkindes bei	
a) chronischen Erkrankungen	352
b) akuten Krankheiten.	357
b ₁) Einfluß auf normale Kinder	357
b ₂) Einfluß auf nervlich-sensible Kinder	382
b ₃) Unbeeinflusste Kinder	387

Schluß: Zusammenfassung	389
-----------------------------------	-----

Einleitung. Wirkung der Krankheit auf den Erwachsenen und Unterschiede im kindlichen Verhalten

Die Gefahren der Krankheit — vor allem der chronischen — für die Psyche des Kranken, wie sie z. B. in THOMAS MANN'S „Zauberberg“ und ERICH STERN'S „Psyche des Lungenkranken“ in für viele Leser beängstigender Weise geschildert werden, liegen vor allem in der ständigen Beschäftigung des Kranken mit sich selbst, in dem „zentralen Erleben der Krankheit“; in dem Krankheitsbewußtsein, das durch die zahllosen Suggestionen der Umgebung ständig gesteigert wird. Aber HANS CASTORP —

wenn wir ihn mit TH. MANN als Typus hinstellen wollen — erliegt dieser Gefahr gar nicht so, wie man es annehmen sollte bei solcher Einengung seines Gedankenkreises; er verblödet und verflacht nicht, kommt nicht herunter, im Gegenteil: „er kommt ja herauf“, sagt MANN selbst denen, die ihn anfechten, weil sie ihn nicht erfasst haben; sein Interessenkreis wird enorm erweitert, Probleme beschäftigen und erschüttern ihn, die ihn als Gesunden sicherlich nicht interessiert hätten. In seiner geistigen Einstellung wird er entschieden verfeinert und vertieft, und wenn wir das Kranksein als Symbol menschlichen Leidens auffassen, nimmt uns das nicht wunder. Pflegen wir doch nicht selten unsere Grösse am Masse unseres Leidens zu messen.

Nun nehmen ja glücklicherweise nicht alle Krankheiten chronischen Verlauf, und wir haben oft genug Gelegenheit, auch die Einwirkung kurz dauernder Erkrankungen leichter oder schwerer Art auf den Patienten zu beobachten. Das psychische Verhalten des Erwachsenen gleicht — sehen wir von nervösen Momente, Milieueinflüssen usw., von denen später die Rede sein soll, ab — in vielen Fällen insofern dem des Kindes, als es von dem Gefühl der Hilflosigkeit, der Abhängigkeit von seiner Umgebung und der Dankbarkeit, wenn man sich seiner annimmt, geleitet wird. Viele Menschen geben sich auch, wenn sie krank sind, natürlicher als sonst, es tritt an Stelle des undurchdringlichen würdevollen Poseurs der Mensch mit seinen kleinen Bedürfnissen und Wünschen, die jede Pose unmöglich machen und ihm das Recht zu geben scheinen, seinen Affekten mehr als gewöhnlich Ausdruck zu verleihen; so kann er zugänglich wie ein Kind werden.

Demnach möchte man annehmen, dafs es viel leichter wäre, ein Kind in seinem Verhalten während der Krankheit zu beobachten, es ist weniger differenziert, äufsert seine Gefühle spontan ungehemmt intensiv und ohne Vorstellungskünste, merkt, wenn man es geschickt anstellt, gar nicht, dafs man sich nicht um seinetwillen mit ihm beschäftigt, sondern es unter bestimmten Gesichtspunkten behandelt, „prüft“. In der Tat sind dies kolossale Erleichterungen für die Beobachtung eines kranken Kindes. Dafür haben wir aber in anderer Hinsicht mit grossen Schwierigkeiten zu rechnen: das Kleinkind hat längst nicht die Ausdrucksmöglichkeiten wie der Erwachsene, es hat noch kein Verständnis für die Art der Krankheit, Art des Schmerzes, und selbst, wenn es

dies hätte, könnte es ihm nicht Ausdruck verleihen, es fehlt ihm das Verständigungsmittel: das Wort.

Ausführung. I. Das Verhalten des kranken Kleinkindes abhängig von

1. Milieu

Das Kleinkind — so will ich von jetzt ab das Kind bis zum zweiten Lebensjahre bezeichnen — das erkrankt und plötzlich aus dem gewohnten Milieu fort von den vertrauten Gesichtern, vor allem fort von der Mutter unter lauter fremde Menschen in weißen Kitteln und schreiende Kinder — ins Krankenhaus — versetzt wird, verhält sich durchaus verschieden, je nach seiner Charakteranlage. Das eine ist von Anfang an zutraulich, freundlich, das andere ängstlich, still, das dritte aufgeregt, weinerlich, jedem freundlichen Bemühen unzugänglich. Die Dauer des Sich-Eingewöhnens ist demnach gänzlich verschieden. Zum Teil hängt sie auch davon ab, inwiefern der Aufenthalt im Krankenhaus für das Kind eine Wohltat bedeutet, die das Entbehren der Mutter überwiegt. Eine große Zahl der Mütter meiner Prüflinge ist nicht in der sozialen Lage, sich tagsüber mit ihren Kindern zu beschäftigen; diese kommen oft in sehr vernachlässigtem Zustand ins Krankenhaus und leben dort unter liebevoller Pflege ordentlich auf. Von dem Eindruck, den ein neueingeliefertes Kind zunächst macht, ist also stets zu abstrahieren, was durch den Faktor des Fremdseins ausgelöst sein könnte,

2. Anlage

Aber auch dann, wenn die Kinder sich „wie zu Hause“ fühlen, hat man oft den Eindruck, daß ihr Verhalten unmöglich allein durch ihre Krankheit bestimmt sein kann. Das eine macht bei dem kleinsten Infekt sofort einen schwerkranken Eindruck, während ein anderes bei verhältnismäßig schwerer Erkrankung noch ganz vergnügt und zugänglich ist. Hier spielt die Anlage (Disposition, hereditäre Belastung) eines Kindes eine große Rolle. Tatsächlich ist das Krankheitsbild in jedem Fall ein Resultat aus Krankheitsreiz und individueller Beantwortung des Reizes, und wenn wir auch bestimmte „Symptome“ für jede Art der Erkrankung aufgestellt finden, so gibt es doch alle möglichen Variationen derselben, die z. T. auf die besondere Anlage des Individuums

zu beziehen sind. Es werden z. B. Fälle beschrieben, bei denen ein und dasselbe Individuum auf verschiedene Ursachen in derselben Weise reagiert. BOENHEIM zitiert in seiner Arbeit „Über nervöse Komplikationen bei spezifisch-kindlichen Infektionskrankheiten“ mehrere Fälle, die unter diese Rubrik fallen. Ein Kind bekommt im Anschluß an Masern eine Paraplegie und längere Zeit später nach Variola dieselbe nervöse Störung. Ein anderes hat bei einer Parotitis deliröse Zustände und später wiederum bei einer Diphtherie. Manche Kinder sind bei leichtem Fieber sofort sehr erregt und benehmen sich viel ungehemmter als sonst; andere wieder reagieren auf denselben Anstieg der Temperatur gar nicht merklich. Das nervöse System spielt schon beim Kinde eine bedeutsame Rolle, ja, es kann sogar für den erfahrenen Arzt zu einem prognostisch wichtigen Faktor werden. Mein Lehrer CZERNY sprach einmal im Colleg über einen Fall von lobärer Pneumonie und deren Prognose in folgender Weise: „Es kommt auf die Stärke des Nervensystems an“, sagt er. „Wenn ich in ein Haus gerufen werde und höre bis auf den Flur hinaus ein Geschrei, daß ich frage: ‚Was ist denn los?‘ und die Eltern antworten mir: ‚Ja, das Kind schreit den ganzen Tag so und ist durch nichts zu beruhigen‘ — dann bin ich sicher, das Kind geht ein. Wenn aber ein Kind lächelt und trotz der Schwere der Erkrankung zugänglich ist, dann weiß ich, das Kind kommt durch.“ Selbstverständlich ist dies *cum grano salis* zu verstehen.

Auch das Kleinkind äußert sich bereits verschieden, je nach seiner nervösen Grundlage. Das eine hat einen Keuchhusten und macht in den Pausen, in denen es von Husten und Erbrechen nicht gequält wird, einen ganz vergnügten Eindruck, das andere ist ablehnend und sehr labil in der Stimmung. Diese Labilität betrachten wir als Hauptsymptom der nervösen Minderwertigkeit, die wir mit der Bezeichnung der Neuropathie belegen. Das neutropathische Kind stammt meist aus einer nervösen Familie, es ist hereditär belastet.

Auch hierin haben wir einen Faktor und einen erheblich bedeutsameren als den zuerst erwähnten — den des Fremdseins —, der bei jedem Fall berücksichtigt und nach Möglichkeit durch Eruiieren der Anamnese ausgeschlossen werden muß, um das durchschnittliche Verhalten des kranken Kleinkindes zu charakterisieren.

3. Verhältnis des Prüfers zum Kind

Um Kinder zu ungehemmten Reaktionen zu veranlassen, muß man es verstehen, mit ihnen umzugehen. Das Verhältnis des Prüfers zum Kind spielt eine wichtige Rolle hinsichtlich des Erfolges. Vom 5. Monat ab vermag das Kleinkind bekannte Stimmen zu unterscheiden, vom 8. Monat ab erkennt es die Gesichter seiner Umgebung wieder. Seine Sympathien und seine Zugänglichkeit sind im allgemeinen leicht zu erringen, indem man sein Interesse für alles Neue befriedigt und dadurch die Hemmung gegenüber dem Fremden, die beim Kleinkind ebenso intensiv wie — normalerweise — kurz ist, überwindet. Das Krankenhauskind ist besonders dankbar, wenn man mit ihm spielt, weil es sich den größten Teil seines Wachseins allein beschäftigen muß. So geschieht es oft schon beim zweiten Mal des Erscheinens, daß auf dem Gesichtchen ein Lächeln des Wiedererkennens auftaucht. Möglich, daß eine Frau es dabei leichter hat, weil sie zarter mit dem Kinde umzugehen versteht und von ihm eher mit der Mutter identifiziert wird, von der es die Erfüllung seiner vielen Wünsche gewohnt war.

4. Momentan-Reize

Natürlich muß man beachten, daß ein kleines Kind nur dann freundlich und zugänglich ist, wenn es nicht von Hunger, Müdigkeit, Nässe oder Schmerz geplagt wird; daß man bei der Einschätzung seines Verhaltens in Anrechnung bringen muß, inwiefern eine physische Notwendigkeit es eventuell gerade in Anspruch nimmt. Auch an die Einwirkungen von außen, die das Kind ablenken können, ist zu denken; das Geschrei eines anderen Säuglings, das Hin- und Hergehen der Schwestern und der Ärzte, das Klappern von Geschirr und Instrumenten beeinflussen sofort seine Aufmerksamkeit. Das Ungewohnte eines Isolierzimmers macht viele Kinder ängstlich und regt sie auf, sodaß ich davon abgesehen habe und mich auf die seltenen Momente beschränkte, wo wirklich alle äußeren und inneren Bedingungen zu einer Prüfung gegeben schienen.

II. Art der Prüfung

a) Nach dem Alter

Da das Kleinkind noch nicht in der Lage ist, über sich selbst Auskunft zu geben, bedient man sich der sog. Situ-

ationsprüfung, um sich über die geistige Entwicklung und die körperlichen Fähigkeiten des Prüflings ein Bild zu machen. „Beim jungen Kinde der ersten Lebensjahre geschieht die planmäßige Einführung künstlicher Situationen vorwiegend in der Form des Leistungsexperiments: Es gilt zu bestimmen, was ein Lebewesen unter gegebenen Bedingungen fertigzubringen, zu bewältigen, zu leisten vermag, seien es nun körperliche oder psychische Tätigkeiten, die dabei ins Spiel treten müssen. Unmittelbar ergibt der Versuch nur, ob eine Aufgabe gelöst werden kann, und wo die Grenzen der entsprechenden Leistungsfähigkeit liegen. ... Das Untersuchungsziel kann sich auch auf die Auslösung irgendeines seelischen Getriebes, sozusagen auf das Anlassen des Motors, oder auf einen der Richtung gebenden Faktoren erstrecken (z. B. Auslösung von Ausdrucksbewegungen bei Geschmacksreizen). Von den Ausdrucksbewegungen schliessen wir in der Kinderbeobachtung auf Schritt und Tritt auf die Gefühle und anderes, was sich in der Seele abspielt, und schon darum ist es notwendig, sie in ihrem Zusammenhang mit jenen Bewusstseinsvorgängen zu erforschen. ... Kinder sind für Ausdrucksversuche besonders geeignet, weil sie leicht ganz aufgehen in stark gefühlbetonten Eindrücken, eine lebhafte, durch Erziehungseinflüsse und Verstellungsabsichten noch nicht stark beeinträchtigte ursprüngliche Mimik besitzen und sich unbefangen verhalten“ (BÜHLER). Trotzdem darf man nicht aufser acht lassen, daß ein Kind, das man zu bestimmten Reaktionen veranlassen will, durch die Gegenwart eines anderen auch unter den günstigsten Bedingungen in seinem Verhalten beeinflusst wird. Die spontanen Äußerungen eines alleingelassenen Kindes sind meist un gehemmt als eines, das sich beobachtet sieht. Unter den später angeführten Fällen ist z. B. ein rachitisches Kind, das immer nur vor sich hinplauderte, wenn es sich allein glaubte. Sobald jemand herzutrat, schlug es beschämt die Augen nieder und lächelte verlegen. Hier handelt es sich allerdings schon um abnorme Hemmungen. — Meine später folgenden Beispiele sind in keinem Fall Ergebnisse je einer einzelnen Prüfung, sondern als wichtige Ergänzung habe ich Beobachtungen über das Verhalten des Kindes während der Untersuchung, während sich andere mit ihm beschäftigten, und während es sich selbst überlassen war, mitverwandt.

Es gibt zahlreiche Krankheiten, denen ein bestimmtes psycho-

physisches Verhalten entspricht. YLLPÖ beschreibt z. B. „Intelligenz- und Sensibilitätsstörungen nach Intoxikationsstadium bei ernährungsgestörten Säuglingen“, die er teils auf Intoxikations-Acidose, teils auf bakterielle Toxine während des akuten Intoxikationsstadiums zurückführt. HULDSCHINSKY findet nach genauer Prüfung mehrerer Kinder im floriden und Ausheilungsstadium der Rachitis Symptome, die er unter den Begriff einer rachitischen Demenz zusammenfaßt. Im Gegensatz zu YLLPÖ, dem die Intelligenzstörungen nur durch gelegentliche Beobachtungen auffielen und dessen Annahmen über die Ursachen dieser Störungen noch eines wissenschaftlichen Beweises entbehren, hat HULDSCHINSKY versucht, seine Behauptungen durch Experimente zu belegen. In seiner sog. „Seelenprüfung“ wendet er ein Schema an, zu dem er auch die PEISER-KÖHLERSchen Versuche (siehe später) benutzt. Ich habe mich z. T. an dieses Schema gehalten weil es mir geeigneter als jedes andere schien.

Selbstverständlich ist die Prüfung inhaltlich von dem Entwicklungsstadium des Kindes abhängig. Man könnte vielleicht beim Säugling bis zum neunten Monat von einer überwiegend sinnesphysiologischen Untersuchung sprechen. Nach diesem Zeitpunkt pflegt man schon mit einer beginnenden „Intelligenz“, mit den Anfängen selbständigen Denkens zu rechnen. Bis zum neunten Monat prüfte ich das kranke Kleinkind bezüglich der Veränderlichkeit seiner

1. Triebe (Motilität, Statik, Spieltrieb, Nahrungsaufnahme usw.),
2. Aufmerksamkeit (optisch, akustisch),
3. Affekte,

In einigen Fällen kam die Prüfung der

4. Erregbarkeit des Nervensystems (durch elektrischen Strom, Auslösung pathologischer Reflexe),
5. des Geschmacks (süß: Zuckerlösung, bitter: Chininlösung, sauer: Essigsäure, salzig: Kochsalzlösung)

hinzu. Die Ausführung dieser Tests ist aus den später angeführten Protokollen ersichtlich.

Vom neunten Monat ab kommen die vorher erwähnten KÖHLER-PEISERSchen Versuche in Frage, in denen das Kind den Grad seiner

6. Koordinationsfähigkeit (Unterscheidungsvermögen, Urteil usw.) und seines
7. Retentionsvermögens (Gedächtnis, Lernfähigkeit usw.) beweisen soll. Die Form der KÖHLER-PEISERSchen Situationsprüfungen beruht auf der „Erweckung von Trieben und Triebvorstellungen“. KÖHLER hat seine Versuche an Schimpansen ausgeführt und teilweise auf das Kleinkind übertragen. Der primitivste ist der sog.

Fadenversuch: 1. Das einjährige Kind zieht mittels der Schnur ein begehrtes Ziel heran.

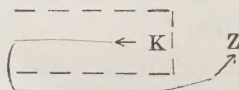
2. Ist das Ziel greifbar, so läßt es die Schnur unbeachtet; es hat begriffen, daß sie nur Mittel zum Zweck ist. Dieser Versuch kann modifiziert werden, indem man die Schnur in die Nähe der linken Hand des Kindes legt, in der Erwartung, daß es zur Assoziation des kürzeren Weges kommt, also mit der anderen Hand greift.

3. Im Beginn des dritten Jahres erkennt es aus mehreren gekreuzten Fäden den richtigen heraus. Hierbei handelt es sich um die Prüfung der Aufmerksamkeit. — Für das Alter von $1\frac{1}{2}$ Jahren gilt der

Stabversuch: Statt der Schnur wird ein Stab benutzt, der den Gegenstand nicht berührt. Als zweites soll die Innenseite eines gekrümmten Endes benutzt werden, um einen Gegenstand außer Reichweite zu holen. Hierbei kommt es darauf an, daß das Kind erstens den Zweck des Stabes als „Werkzeug“ (KÖHLER) erfasset und zweitens den Sinn der Krümmung zu beurteilen versteht.

Ebenso wie den Stab benutzt das Kind seine Bettdecke als Mittel zum Zweck im Unterlageversuch. Es zieht mittels der Unterlage den Gegenstand außer Greifweite heran. (Diesen Versuch sollen nach PEISER bereits Kinder von 9 Monaten ausführen; meiner Erfahrung nach fällt ihnen der Fadenversuch leichter, da er stets früher ausgeführt wurde.)

Ein anderer, von den Schimpansen auf das $1\frac{1}{2}$ Jahr alte Kind übertragener Versuch ist der sog. Umgehungsversuch: Es handelt sich hierbei um das „Holen eines Gegenstandes, der nur durch Umgehung eines Hindernisses, das nicht überklettert werden kann, zu erreichen ist.“



Das Kind wendet sich, läuft um das Gitter herum, an dessen Außenseite entlang, zum Ziel. Hierbei kommt (nach ZIEHEN) auch eine Gedächtnisleistung in Frage, da das Kind dem Ziel eine Weile den Rücken kehrt. Wichtig ist, daß das Ziel einen genügend starken Reiz bietet und, wie KÖHLER stets betont, die Situation klar zu übersehen ist. Der indirekte Weg setzt eine Einsicht, eine Verstandestätigkeit voraus, die proportional den Schwierigkeiten wächst. Wir prüfen also mit diesem Versuch die Einsicht, die zum Urteil führt, und die Retention.

Eine starke Konzentration der Aufmerksamkeit und der Retention tritt am Ende des zweiten Jahres auf. Hier haben wir zur Prüfung die Schachtelversuche: Ein begehrter Gegenstand wird in eine von zwei Schachteln gelegt, die sich durch ein Merkmal von der anderen unterscheidet.

- + + großes und kleines Kreuz
- + × stehendes und liegendes Kreuz
- + + rotes und grünes Kreuz

Ein aufmerksames Kind mit gutem Gedächtnis greift die richtige Schachtel heraus.

Der Legeversuch prüft auch Aufmerksamkeit und Gedächtnis, aber hier kommen noch eine gewisse Handfertigkeit, synthetisches Verständnis und Urteilsfähigkeit hinzu: das Kind soll Figuren (Kreuze, Sterne) erstens nach dem Auge (Aufmerksamkeit), zweitens aus dem Gedächtnis nachlegen (Retention, Urteil).

2. Nach der Dauer der Krankheit

Die Dauer der Krankheit spielt für die Prüfung insofern eine Rolle, als mit ihr auch die Entwicklung des Kindes fortschreitet, sodaß dann schwer zu beurteilen sein dürfte, inwiefern sein Verhalten durch die Besserung der Krankheit bestimmt wurde, und welchen Anteil der Fortschritt des Alters daran hatte. Um den Zeitfaktor nach Möglichkeit auszuschließen, habe ich für die chronischen Fälle andere Vergleichswerte angewandt als für die akuten. Das neueingelieferte, frisch erkrankte Kind, das nicht mehr als 8—14 Tage zur Gesundung brauchte, habe ich jedesmal in seinem Verhalten zu Beginn und nach Ablauf der Erkrankung verglichen. Bei längerer Dauer hingegen stellte ich das erkrankte Kind einem gleichaltrigen, gesunden gegenüber. Durchschnittswerte für das normale Verhalten des gesunden Kleinkindes haben wir in den SCHWABSCHEN Tests und HEUBNERS: „Über die Zeitfolge der psychischen Entwicklung des Säuglings und jungen Kindes“. Ich bin mir vollkommen im klaren, daß die Anwendung solcher Tests Ergebnisse zeitigen kann, für die durchaus nicht allein die Krankheit ausschlaggebend gewesen zu sein braucht. Es kommen für die Entwicklung des Kindes manche familiäre Eigenschaften in Frage, wie z. B. bezüglich des Zeitpunktes, an dem es normalerweise gehen und sprechen lernt. Dann spielt die Sprunghaftigkeit in der Entwicklung, die zeitweise auch beim gesunden Kind stillzustehen scheint, eine Rolle (scheint: nämlich nur für den Beobachter keine Fortschritte macht, während das Kind Energien ansammelt, die dann wieder die Entwicklung plötzlich und unerwartet beschleunigen). Doch glaube ich, kann man im allgemeinen aus dem Fehlen zahlreicher dem Alter entsprechender Fähigkeiten Rückschlüsse auf ein zurückgebliebenes resp. minderwertiges Kind machen, und hierbei kommt es nun darauf an, alle anderen Momente, wie Belastung, Mißbildungen usw. zu erwägen und nach Möglichkeit auszuschließen. Es sind nur wenige chronische Fälle angeführt, auf die ich mich mit Hinsicht auf die erwähnten Fehlerquellen beschränkt habe.

III. Das Verhalten des kranken Kleinkindes bei

a) Chronischen Erkrankungen

Die geistige Entwicklung eines Kindes hängt in der Hauptsache von der Anlage, seiner Umgebung und der daraus resultierenden organisch-funktionellen Weiterentwicklung ab. Die geistige Anlage sei bei allen Fällen als normal vorausgesetzt, d. h. Kinder mit deutlich erkennbaren Defekten und solche, deren Erkrankung speziell das Zentralnervensystem betraf, kamen für die Beurteilung des psychischen Verhaltens des kranken Kleinkindes nicht in Frage.

Über die Umgebung und ihre Wirkung war bereits die Rede. Sie bedarf insofern keiner besonderen Hervorhebung, als sie für alle Fälle dieselbe (das Krankenhaus) war. Ein sehr wichtiges Moment bietet aber die Besprechung der organisch-funktionellen Entwicklung des chronisch kranken Kindes für die Darstellung seines Verhaltens. Wir wissen aus eigener Erfahrung, daß ein geschwächter Körper nicht leistungsfähig ist. Schon wenn wir ein paar Tage bettlägerig waren, fühlen wir uns nachher schwach auf den Beinen. Wieviel mehr muß das Kind leiden, das nicht nur momentane Kräfte haben, sondern ständig noch speichern soll, um zu wachsen und stärker zu werden. Das normalerweise so viel überschüssige Kraft hat, um sie — nach der Entladungstheorie — ins Spiel umzusetzen. Es wird uns also nicht wundern, wenn ein untergewichtiges, in der Entwicklung durch die Dauer der Krankheit zurückgebliebenes Kind nicht spielt; denn so wichtig das Spiel auch als Vorübung für spätere Funktionen sein mag, so muß es doch in dem Moment zurücktreten, wo es gilt, lebenswichtige Funktionen aufrechtzuerhalten. Infolge davon, daß der Körper geschwächt ist und sich deshalb auf ein Minimum von Anstrengungen beschränken muß, leidet die geistige Weiterentwicklung, ja steht oft fast still, weil sie gerade in diesem Alter von der körperlichen Betätigung abhängig ist. Das kranke Kind ist zu schwach, seinen Kopf anzuheben, in die Runde zu schauen, zu schwach zu sitzen: das bedeutet eine enorme Einengung seines Gesichtsfeldes. Es wirken keine neuen Reize von außen ein, um irgendwelche Reflexe im kindlichen Hirn auszulösen. Die Bewegungsmöglichkeiten sind räumlich eingeengt, der Übergang von der Phase der Nahraum- zu der der Fernraumwahrnehmung, wie er normalerweise vom dritten bis sechsten

Monat — d. h. zu derselben Zeit, in der sich die ersten statischen Funktionen entwickeln, stattfindet, kann mangels optisch-taktiler Assoziationen nicht schnell genug einsetzen. Die Wechselbeziehungen zwischen Außenraum und Eigenraum, das Erfassen des mit dem Auge Gesehenen durch die Kontrolle der Hand, und die wiederholten Feststellungen von Lage, Form und Bewegung, die die einmaligen Assoziationen zu gewohnten Wahrnehmungen und damit zur Grundlage jeder Vorstellung werden lassen — das alles ist dem Kinde so gut wie versagt, es bleibt in seiner geistigen Entwicklung zurück. Dieser Defekt macht sich deutlich bemerkbar, wird aber relativ schnell wieder ausgeglichen, wenn das Kind gesund wird und zu Körperkräften kommt. Krasser aber tritt das Zurückbleiben zutage, wenn ein Kind in der Zeit bettlägerig ist, in der es normalerweise seine ersten Steh-, Geh- und Kletterversuche macht, also ungefähr um das Ende des ersten Jahres herum. In dieser Zeit, wo es sich mit dem Begriff des Räumlichen „Schritt für Schritt“ selbständig vertraut machen soll, erlebt ein Kind unendlich viel und macht bereits bemerkbare Fortschritte. W. STERN spricht von einer „sensomotorischen Bewältigung des Räumlichen“, es gibt „kein Auffassen ohne Anfassen, kein Begreifen ohne Ergreifen, kein Vorstellen ohne Sich-Einstellen“.

Bei chronischen Erkrankungen im zweiten Lebensjahr können sich auf die Basis einer körperlichen Schwächung bereits psychische Symptome aufpflanzen, wie wir sie besonders bei Neuropathen antreffen, nämlich Abwehr in Form von Ungehorsam, Unzugänglichkeit und Dickköpfigkeit, eine Art unbewusster Hyperkompensation ihres durch die Krankheit geschwächten Selbstbewußtseins. So finden wir schon Kinder von 1½ Jahren, die sich unter Ausnutzung ihrer Krankheit zum Despoten ihrer Umgebung machen.

Ein gutes Beispiel für die Abhängigkeit der geistigen von der körperlichen Entwicklung bietet der Fall Grabowski insofern, als er die Parallele der Entwicklung im Stadium der Besserung und Wieder-Verschlechterung des Allgemeinzustandes zeigt.

(Fall 1) Grabowski 0; 4

Ernährungsstörung, leichte Bronchitis. Mit 8 Wochen Pyodermien, die vorübergehend geheilt waren, aber noch rezidivieren. Stühle gehäuft und schleimig. Gewichtsabnahme. Status: sehr elend, graue Farbe, schlechter Turgor.

15. 10.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Fixiert nicht.

Akustisch: Flüchtiges Reagieren auf Schall.

Triebe

Statik: Liegt in passiver Rückenlage ziemlich unbeweglich.

Motilität: Ungeregelte Bewegungen mit den Armen.

Spieltrieb: ∅

Affekte

Ruhig, freundlich, Tempo lebhaft.

Retention:

Aufmerksamkeit: Nicht fixierbar.

Lallen: ∅

Verständnis für Mimik: ∅

Besserung 15. 11.

Pyodermien geheilt, Stühle gut, Gewichtszunahme.

Fixiert Lichtquelle, folgt ihr mit den Augen, aber sucht sie nicht, wenn außerhalb des Gesichtskreises.

Folgt mit den Augen der Schallquelle (Klapper).

Hält den Kopf frei aufrecht.

Greift nach vorgehaltenen Gegenständen, aber hält sie noch nicht. Zielbewusstere Bewegungen der Arme.

Lächeln, Erstaunen, Unlust, Lust.

Aufreißen der Augen auf Licht und Schall, spitzt den Mund, runzelt die Stirn. Leicht ablenkbar.

∅

∅

15. 12.

Derselbe Befund. Abwechselnd Gewichts-Ab- und Zunahme, schlechte Stühle, zeitweise Pyodermien. Währenddem Unruhe; Aufmerksamkeit kaum erregbar.

Dieses Kind, das seit dem zweiten Monat eine schwere Ernährungsstörung hat und jetzt vier Monate alt ist, hält den Kopf nicht, fixiert nicht, tastet nicht etc., es hat also seit seiner Erkrankung vor 2 Monaten kaum Fortschritte gemacht. Als sich sein Zustand einen Monat später erheblich besserte, — wofür wir in der Gewichtszunahme das beste Kriterium sehen —, hat es relativ schnell das Manko ausgeglichen, wenn es auch für seine 5 Monate noch ziemlich wenig leistet. Kurz darauf verschlechtert sich das Befinden —, die Gewichtskurve bleibt zwischen ständigem Wechsel von Zu- und Abnahme stehen —, und mit 6 Monaten befindet sich das Kind auf derselben Entwicklungsstufe wie mit 5 Monaten. (Entlassung).

Einen entsprechenden, sehr ähnlichen Verlauf nahm der Fall Lazarus.

(Fall 2.) Lazarus 0 ; 3½

Pylorospasmus. Schwere Ernährungsstörung. Bis zum zweiten Monat alles erbrochen. Im dritten Monat selten, im vierten Monat nicht mehr erbrochen. Status: zart, etwas klein, guter Tonus.

2. 12.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Fixiert und folgt dem Licht kaum.

Akustisch: Folgt der Schallquelle

Triebe

Motilität: Ungeregelte willkürliche Bewegung in Richtung des zu Ergreifenden. Betastet. Etwas schwach.

Statik: Liegt in passiver Rückenlage. Hält den Kopf kurz.

Spieltrieb: ø

Affekte

Ruhig, freundlich, interessiert, lächelt.

Retention

Aufmerksamkeit: Kurz erregbar.

15. 1.

Guter E. Z., normale Gröfse und Gewicht.

Folgt mit Kopfwendung.

do.

Greift lebhaft, tastet, hält.

Hebt und hält den Kopf.

Spielt mit dem Hemd, den Händen, der Klapper.

Lebhaft, lustig, interessiert.

Gut erregbar: Spitzen des Mundes, weites Öffnen der Augen, Krausen des Stirn.

Dieses Kind war mit $3\frac{1}{2}$ Monaten, nachdem es am Ende des zweiten Monats vor Schwäche fast zum Exitus gekommen wäre, ungefähr auf der Stufe eines zwei Monate alten, besonders in bezug auf seine schwache Motilität. Mit 5 Monaten hat es seine Altersgenossen bereits vollkommen eingeholt und ist heute ein durchaus kräftiges, normales Kind.

Als dritten chronischen Fall führe ich eine Rachitis an, die insofern etwas aus dem Rahmen fällt, als sie ein psychisches Bild liefert, das nach HULDSCHINSKY durch die Einwirkung wahrscheinlich toxischer Störungen infolge veränderter Funktionen endokriner Drüsen auf den Organismus entsteht. Ich habe ihn deshalb aufgenommen, weil man auch hier deutlich einen Fortschritt der Besserung beobachten kann, während HULDSCHINSKYS Fälle nur einen einmaligen Status darstellen. Auch hier eine klar ersichtliche Parallele in der körperlichen und geistigen Weiterentwicklung. Die Schwere der Eingewöhnung und die starke Hemmung Fremden gegenüber, auf die ich im Anfang hinwies, treten besonders krass hervor. Auf eine Analyse der psycho-physischen Grundlagen des Falles verzichte ich unter Hinweis auf HULDSCHINSKYS „Dementia rachitica“, wo eine Anzahl ähnlicher Fälle beschrieben werden.

(Fall 3). Tritsch. 2;6

Rachitis. Status: Alle Anzeichen von Rachitis. Hypotonie mit fast völligem Schwund der Muskulatur, Fettpolsterschwund, schlechter Turgor, graue Farbe. Starkes Schwitzen während der Untersuchung. (Blut Phosphor 2,8 mg.)

11. 11.	I. 12.
Reaktionsfähigkeit	
Optisch: Fixiert Licht.	do.
Akustisch: Folgt der Schallquelle mit den Augen, aber nicht nach hinten.	do.
Sensibel: Verzieht nicht das Gesicht auf Kneifen. Auf Stechen ja.	do.
Geschmack: Süß, bitter: ohne mimischen Unterschied.	do.
Triebe	
Motilität: Völlig bewegungslos, Arme ausgebreitet auf der Bettdecke. Während der Untersuchung völlig steif; wenn es sich unbeachtet fühlt: Spasmus nutans.	Bewegt langsam die Arme, und hält, was man ihm in die Hand gibt. Läßt auf den Kopf gelegte Gegenstände liegen. Kein Spasmus nutans mehr.
Statik: Passive Rückenlage, hält Kopf hoch, sonst vollkommene Hypertonie.	Sitzt. Stellt die Beine noch nicht.
Spieltrieb: ø.	ø
Affekte	
Bei Annäherung kein Zeichen von Angst. Gellendes Schreien, bei Betasten der Extremitäten ohne Abwehrbewegung. Mißtrauisch. Weinen, wenn jemand die Bettdecke anfasset. Dankbar „eia, eia“, wenn wieder zugedeckt. Sehr langsames Tempo.	Lebhaft an der Umgebung interessiert. Freudig erregt beim Anblick der Flasche. Verlangt ungeduldig zu essen. Weint nicht mehr bei Annäherung. Lächelt, wenn man mit ihm spielt. Tempo noch sehr langsam.
Retention:	
Uhrhörnchen ø, Krummstab-Versuch nicht ausführbar, hält nicht.	do.
Sprache: ø.	Wiederholt Gehörtes, sonst ø.
Wortverständnis: „Gib's Händchen“ +	do.
Nachsprechen: ø.	ø
Aufmerksamkeit: Fixiert lange, blickt lebhaft um sich.	Aufmerksame Fixation der Umgebung.

20. 12. 26

(noch starke Hypotonie)

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Wie zuvor.

20. 1. 27

do.

Akustisch: Folgt mit den Augen auch unter Drehung des Kopfes nach hinten.	do.
Sensibel: Wie zuvor.	do.
Geschmack: Wie zuvor.	do.
Triebe	
Motilität: Bewegt die Arme viel lebhafter, greift mit beiden Händen. Entfernt auf den Kopf Gelegtes. Entgegenstrecken der Arme, um aufgenommen zu werden.	Sehr lebhaft, greift durchs Gitter in Gegenden außer Reichweite.
Statik: Wie zuvor.	Stellt etwas die Beine.
Spieltrieb: Spielt mit Puppe.	Spiel viel, versteckt, Fadentest σ , Unterlagetest $+$.
Affekte	
Lächelt beim Anblick Bekannter. Weint sehr selten. Ist dankbar, wenn man sich mit ihm beschäftigt.	Sehr lustig, interessiert, große Zuneigung zu Bekannten durch Quiet-schen bezeugt, Tempo lebhaft.
Retention	
Uhrhören $+$, Krummstabtest σ .	do.
Sprache: Plappert viel vor sich hin, aber unverständlich.	do.
Wortverständnis: „Schenk mir“, „komm“ $+$	„Wie groß“ ..., „wo ist“ ..., „Breichen essen“ $+$.
Nachsprechen: Spricht Gehörtes nach, wenn es allein ist.	do.
Aufmerksamkeit: Sehr lebhaft, lange fixierbar.	do.

1. 2. 27 Exitus let. nach Keuchhusten und eitriger Bronchitis.

b) Akute Erkrankungen

b₁) Einfluß auf normale Kinder

Wenn ein Arzt zu einem erkrankten Kinde gerufen wird, sucht er sich aus dem Verhalten, der Stimmungslage des Kindes ein Urteil über die Schwere des Falles zu bilden. CZERNY äußerte sich einmal zu einem Scharlach: „So sieht ein schwerkrankes Kind nicht aus“ — die Patientin sitzt aufrecht, schaut sich mit hochroten Wangen und lebhaft fiebrigen Augen im Hörsaal um und lächelt bei seinen Worten —. Gibt es auch beim Kleinkind ähnliche Kriterien, die für die Prognose des Arztes ausschlaggebend sein können? Vorausgesetzt, dieser kennt das Kind bereits, ist über dessen geistigen Entwicklungsgrad und seine

Reaktionen auf Insulte orientiert, dann hat er natürlich einen Gradmesser und damit einen großen Vorteil vor dem fremden Arzt. Aber angenommen, das Kind kommt ins Krankenhaus — wie es bei den angeführten Fällen tatsächlich war — und ein Fremder soll über den Grad der Erkrankung ein Urteil fällen. Natürlich genügen hohe Temperatur, schlechter Puls oder gar Bewusstlosigkeit, um einen Fall ernst erscheinen zu lassen. Aber wie oft sind wir uns bei weniger augenfälligen Symptomen nicht klar darüber, warum ein Kind plötzlich z. B. unter Gewichtsabnahme und schlechten Stühlen apathisch wird, nicht mehr fixiert, nicht mehr auf optisch-akustische Reize reagiert, so daß man an alle möglichen ernstesten Diagnosen denkt, womöglich gleich an einen Hirnprozeß, weil das Kind z. B. plötzlich nicht mehr fixiert. Hier tritt eine für den Arzt durchaus wichtige Frage auf: Gibt es eine passagere Herabsetzung der Säuglingsfunktionen ohne anatomische Grundlage, die man als psychische Reaktion bzw. Begleiterscheinung einer Erkrankung auffassen darf? Ist dieser Zustand für den Säugling charakteristisch oder tritt er nur aus bestimmten Gründen bei diesem in Erscheinung?

Wenn ein Mensch erkrankt, so ist auch sein subjektives Befinden herabgesetzt, er wird unlustig und bezeugt den Dingen der Umwelt nicht mehr dasselbe Maß an Interesse wie zuvor. Die Intensität dieser Reaktionen auf sinnliche Unlustreize ist beim Säugling bei weitem stärker als beim Erwachsenen, weil bei ihm die hemmenden Fähigkeiten noch nicht ausgebildet sind, so daß seine Hingabe an jeden neuen Prozeß, besonders jeden unangenehm-störenden dadurch vollkommen wird, daß keine ausgleichenden mildernden Momente sich geltend machen. In dem Augenblick aber, wo das Kind all sein Interesse und seine Aufmerksamkeit auf die ungewohnten Entladungen seines Körpers konzentriert, entzieht es diese ihren sonstigen Funktionen. Denn das ist das Wesen der Aufmerksamkeit, daß ihre Leistungsfähigkeit in der Weise begrenzt ist, daß ein Teil der objektiven Ursachen immer nur auf Kosten der anderen restlos zur Geltung kommen kann. Wenn ein Mensch z. B. in ein Buch vertieft ist, kann man ihn anrufen, ohne daß er reagiert. Das kann sogar soweit gehen, daß in seltenen Fällen aus einer mangelnden aktiven Aufmerksamkeit für akustische Reize, die teilweise veranlaßt sein kann durch überaus starke Aufmerksamkeit für

optische Erlebnisse, psychische Taubheit eines Kindes resultiert (CHARLOTTE HENSEL). Wir können hier mit BÜHLER von dem Begriff der Sperrung sprechen, deren Grenzen verschieblich, durch Übung zu erweitern sind, und die in bestimmten Bewußtseinszuständen, wie im Schlaf, in der Hypnose oder bei hochgradiger Hysterie weit über das normale Maß hinausgehen.

Nun liegt im Moment, wo das Kind erkrankt, eine Sperrung der Aufmerksamkeit gegenüber den Reizen der Außenwelt vor, da es sich jetzt mehr auf sich selbst konzentriert, und damit ändert sich seine Gesamteinstellung auf die Umwelt. Denn alle Funktionen, die nur unter der Leitung der Aufmerksamkeit vorstatten gingen, leiden in dem Moment, wo diese von ihnen abgezogen wird. Zunächst gehen natürlich diejenigen verloren, die das Kind erst kürzlich erlernt hat, und zu deren Wiederholung es der Aufmerksamkeit deshalb noch am meisten bedarf. Hat es z. B. gerade fixieren gelernt, d. h. eine „von Interesse und Aufmerksamkeit geleitete willkürliche BlickEinstellung“ zu vollziehen, so verlernt es das wieder, sobald nicht genügend Aufmerksamkeit „frei“ ist, um so lange zu repetieren, bis das Fixieren eine so selbstverständliche Funktion geworden ist, wie für einen Erwachsenen. In gleicher Weise vergift das Kind anderes, wie z. B. Wortlaute, weil es nicht genügend Aufmerksamkeit und Interesse zur Nachahmung aufbringt; oder koordinierte Muskel-tätigkeiten oder einfache Assoziationen, die ihm bereits geläufig waren. Die Gedächtnisleistungen, die ja von der Aufmerksamkeit abhängig sind, leiden unter der durch die Krankheit verursachten Sperrung, und sieht man das „Gedächtnis in einem allgemeinsten Sinn des Wortes als einen Grundzug des organischen Geschehens überhaupt“ an, sozusagen als „Grundeigenschaft der organisierten Materie“ (HERING), so leidet eben nicht nur die Funktion der Großhirnrinde, sondern das ganze psycho-physische Geschehen des kindlichen Organismus.

Es ist also durchaus vorstellbar, und ich habe es oft beobachtet, daß Ausfallerscheinungen bestimmter dem Alter eines Kindes entsprechender Funktionen sich auf solch eine Art von Gedächtnisschwächung unter dem Bild einer Aufmerksamkeits-sperrung beziehen lassen und nach kurzer Zeit, sobald der Allgemeinzustand des Kindes sich gebessert hat, vollkommen zurückgehen. Weil aber die Funktionen, die verloren gehen, so primitiv-ausgesprochen sind, wie sie dem Säuglingsalter entsprechen,

darum werden sie sofort bemerkt und leicht mit ähnlichen Symptomen, wie sie für bestimmte Krankheiten spezifisch sind, identifiziert. Wir kennen z. B. bei Toxikosen durch Ernährungsstörungen Bewußtseintrübungen verbunden mit Reaktionslosigkeit auf die Umgebung, die, solange sie leicht sind und nicht sichere Krankheitssymptome wie Fieber, groÙe Atmung, Krämpfe usw. aufweisen, durchaus den vorher geschilderten Zuständen gleichen können, d. h. keinen sicheren Schluß auf eine anatomische Ursache zulassen. Ähnliche Bilder können vielleicht durch die Toxine verursacht werden, welche bei lang danerndem Fieber durch einen damit in Zusammenhang stehenden Zellzerfall freiwerden sollen. — HULDSCHINSKY führt die Intelligenzstörung bei der Rachitis auf endokrin-toxische Einwirkungen auf den Organismus zurück. Die Stoffe, die dabei wirksam sein sollen, sind in ihrer chemischen Zusammensetzung noch nicht einwandfrei bestimmt, daß es aber eine solche toxische Bewußtseinsbeeinflussung bis -störung gibt, ist genügend aus der inneren Medizin bekannt. Wir brauchen nur an eine Stoffwechselerkrankung wie den Diabetes oder an urämische Reizerscheinungen bei der Nephritis zu denken. Schließlich haben wir auch noch Einwirkungen auf den Zustand in exogenen Reizungen durch die Krankheitserreger selbst, durch Bakterien, zu sehen. Die exogene Krankheitskomponente ist im allgemeinen schnell entdeckt resp. mit Sicherheit auszuschließen. Die endogenen Störungen hingegen bieten noch ein großes Gebiet für die Forschung und sind selbst, soweit sie geklärt scheinen, noch zum Teil hypothetisch. Auf alle Fälle spielen sie für den Säugling eine wichtige Rolle, weil sie relativ häufig, schnell und schwer auftreten können. Wenn man annimmt, daß die Höhe des Fiebers ein Indikator für die Intensität eines Prozesses ist, so muß man zugeben, daß der kindliche Körper sehr viel stärker auf Insulte reagiert als der erwachsene. Analog kann man sich vorstellen, daß auch die endogenen Verschiebungen sehr viel schneller beim Kinde vor sich gehen und viel häufiger wirksam sind, als wir es feststellen; pflegen wir sie doch erst dann zu beurteilen, wenn sie bereits eine bedeutsame Wirkung auf den Allgemeinzustand ausgeübt haben.

So wahrscheinlich wir es bei „passageren Herabsetzungen der Säuglingsfunktionen“ oft mit rein psychischen Reaktionsformen zu tun haben, so häufig sind sicher die Fälle, wo die

endogene mit der psychischen Komponente kombiniert ist und nur so eine geringe Wirkung hat, daß sie noch nicht die charakteristischen Krankheitssymptome hervorruft.

Jedenfalls, und das ist der springende Punkt, auf den ich aufmerksam machen wollte, braucht der Arzt, dem ein in der beschriebenen Weise plötzlich verändertes Kind gebracht wird, nicht gleich eine ernste Prognose zu stellen, wie es viele tun, weil sie ausschließlich an eine zerebrale Erkrankung (beginnende Meningitis, Encephalitis) denken.

Während beim Kleinkind durchschnittlich die Aufmerksamkeit und das Interesse für die Umwelt — natürlich graduell verschieden weit — herabgesetzt sind, ist sein affektives Verhalten dem Alter entsprechend durchaus verschieden. Je jünger das Kind ist, um so mehr „geben Gefühlsmomente den Ausschlag der bald großen, bald sehr geringen Labilität“. Mit einer gewissen Beharrlichkeit kann man dann rechnen, wenn „die Abfolge der Eindrücke einen passenden Wechsel von Spannungs- und Lösungszuständen bedingt. Es existiert eine obere und eine untere Grenze für die günstige Schnelligkeit dieses Wechsels, Grenzen, die vom Alter abhängig sind und diesem entsprechend auseinanderrücken. Sie differenzieren sich nach der Art der Eindrücke, die durch Intensität, Bewegung und Veränderung, unter bestimmten Bedingungen durch Bekanntheit, Fremdheit und qualitative Besonderheiten wirken“. (Nach BÜHLER.) Nun kann die Abfolge der Eindrücke im Falle einer Erkrankung nicht den üblichen Wechsel von Spannungs- und Lösungszuständen bedingen, weil eben die Voraussetzungen der Aufmerksamkeit und des Interesses zu einem solchen Wechsel andere werden resp. schwinden. Damit haben wir also eine Erklärung für den höheren Grad der Labilität beim kranken Säugling. Diese wird mit zunehmendem Alter des Säuglings geringer, weil dann die Grenzen für den notwendigen Wechsel der Spannungs- und Lösungszustände auseinanderrücken. Die körperlichen Unlustreize werden durch dieses physische Moment verstärkt, und so können wir oft beim Säugling, besonders bis zum 4.—5. Monat, Affekte beobachten, die gar nicht dem geringen körperlichen Insult entsprechen. Es schreit unaufhörlich, ist kolossal unruhig, verweigert die Nahrung unter allen Anzeichen größter Mißmuts: Die Mundwinkel werden herabgezogen, die Lider zugekniffen, die Stirn

wird gerunzelt, und die Freude an Personen, Spielzeug usw. nimmt ab.

Hand in Hand mit der Unruhe geht eine Steigerung der Motilität, das Kind strampelt sich blofs und bewegt seine Gliedmaßen lebhafter, als für seinen Zustand gut wäre. Es ist dies ein Mangel an Selbstschutz, der eigentlich im Widerspruch zu den Instinkteinrichtungen der Natur steht. Vielleicht ist die Ruhigstellung des Körpers eine Mafsnahme, die wir erst erfahrungsgemäfs lernen, und so könnte man die gesteigerte Motilität mit der Jugend des Säuglings erklären, der noch nicht genügend Erfahrung in dieser Art des Selbstschutzes hat. Das Schreien hingegen als Ausdruck seines Unbehagens erfüllt einen Naturzweck, es soll auf die Bedürfnisse des Säuglings aufmerksam machen. So wie es beim Hunger nach der Nahrung schreit, so läfst es einen Hilferuf ertönen, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, wenn es ihm nicht gut geht. Für die besondere Intensität und die Dauer des Geschreis ist wieder die mangelnde Hemmungsfähigkeit verantwortlich zu machen.

Zusammenfassend wäre also der Einfluß der Krankheit auf das Verhalten des Säuglings ungefähr bis zum 5. Monat in folgenden Veränderungen seines Verhaltens zu sehen:

Verminderung der Aufmerksamkeit (optische und akustische Reaktionen),

Verminderung der Triebe (Nahrung, Spiel, Statik),

Steigerung der Affekte,

Steigerung der Motilität.

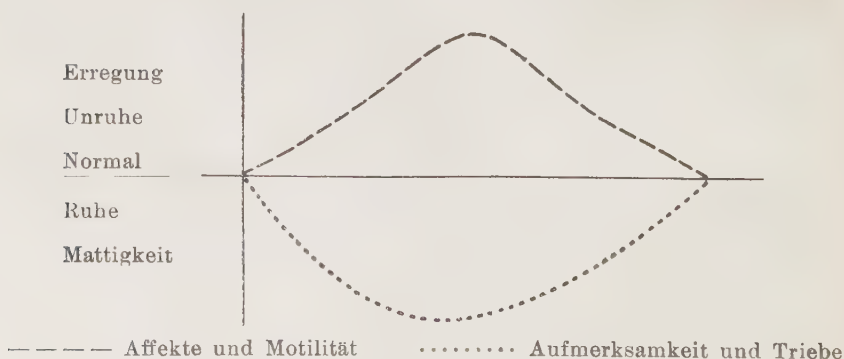


Abbildung 1

Beispiele:

(Fall 4.) Recklin 0;2;1

Pyurie, Bronchitis, plötzliche Temperatur 39,2. Gewichtsabnahme 20 g.
Status: Guter E. Z. Normales Gewicht.

3. 12.

Temperatur 39,2.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Augenbewegungen koordiniert. Fixiert nicht.

Akustisch: Unruhige Bewegungen des Kopfes auf Schall.

Triebe

Motilität: Bewegt die Arme, schließt die Hand bei Berührung der Innenfläche.

Statik: Hält den Kopf nicht.

Spieltrieb: ø

Affekte

Schläft unruhig, ist weinerlich, nimmt keine Nahrung.

Retention

Aufmerksamkeit: Nicht fixierbar.

8. 12.

Temperatur normal

do.

Kurze Fixation glitzernder Gegenstände.

do.

do.

Hebt den Kopf kurz an.

ø

Ruhig, freundlich, lächelt auf Glitzern des hin; nimmt wieder Nahrung.

Auf Glänzendes +.

(Fall 5.) Jagodzinski 0;2;1

Exsudative Diathese. Erythem. Ausschlag seit der 5. Woche, bricht oft die Nahrung. Status guter E. Z.

9. 12.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Fixiert kurz, aber folgt nur ganz selten und langsam. Koordinierte Augenbewegungen.

Akustisch: Reagiert nicht auf Schall.

Triebe

Motilität: Bewegt die Extremitäten. Schließt die Hand bei Berührung der Innenfläche.

Spieltrieb: ø.

Affekte

Unruhig, weint viel des Nachts. Nimmt die Nahrung schlecht.

Aufmerksamkeit

Fast nicht erregbar.

15. 12.

Erythem geheilt

do.

do.

do.

ø

Ruhig, interessiert. Nimmt die Nahrung gut. Schläft gut. Lächelt.

Durch Glitzerndes kurz erregbar.

(Fall 6.) Wieczorek 0;3½

Toxikose. Grofse Atmung, langsame Pupillareflexe, Konjunktivalreflexe abgeschwächt. Sehr lebhaft Patellareflexe. Stühle häufig, wäfsrig, grün. Erbrechen der Nahrung. Status: Guter E. Z. Zart, blaß.

3. 1.

10. 1.

Stühle gut. Allgemeinbefinden gut.
Reflexe normal.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Reagiert nicht, starrer
Blick.

Fixiert und folgt ohne Kopfwendung
dem Licht.

Akustisch: ø.

Sucht die Schallquelle.

Triebe

Motilität: Unruhe, keine ziel-
sicheren Bewegungen.

Ruhig, langsame Bewegungen.

Statik: Hält den Kopf.

do.

Spieltrieb: ø.

ø

Affekte

Unruhiges, heiseres Stöhnen.

Munter, freundlich, lächelt. Nimmt
die Nahrung gut.

Aufmerksamkeit

Nicht fixierbar.

Gut fixierbar.

(Fall 7.) Fenske 0;3½

Toxikose. Starrer Blick, Schweiß, Durchfälle, Krämpfe, Zyanose. Sensorium zeitweise getrübt. Langsame Atmung, schlechter Turgor, eingesunkener Leib. Leerer Blick. Pupillen träge. Gesteigerte Sehnenreflexe. Kein erhöhter Hirndruck (Lumbalpunktat).

31. 12. 26

6. 1. 27

Reflexe: Facialis +
Peroneus +
Patellarrefl. gesteigert.

Keine Durchfälle, Sensorium frei.
Nicht mehr auslösbar.
do.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Leerer Blick, folgt nicht.

Folgt kaum.

Akustisch: ø.

do.

Triebe

Motilität: Aufbäumen, tonische
Bewegungen der Extremitäten vor-
übergehend.

Ruhig.

Statik: Hält den Kopf.

do.

Spieltrieb: ø.

ø

Affekte

Anfangs Unruhe, schreckhaftes Auf-
wimmern.

Sichtlich beruhigt, lächelt auf Anruf.

Aufmerksamkeit

Nicht fixierbar.

Kurz fixierbar.

(Fall 8.) Roth 0; 3

Bronchopneumonie. Dämpfung und Rg. rechts. Status: Guter E. Z.

26. 12. 26

31. 12. 26

Temperatur 38,6.

Temperatur normal.

Reaktionsfähigkeit.

Optisch: Fixiert und folgt dem Licht ohne Kopfwendung. Folgt dem Licht mit Kopfwendung.

Akustisch: Reagiert unsicher, sucht nicht die Schallquelle. Sucht die Schallquelle, wenn auch langsam.

Triebe

Motilität: Macht unregelmäßige Bewegungen mit den Armen in Richtung des zu Ergreifenden. Bewegungen zielsicherer; versucht lebhaft zu greifen.

Statik: Liegt in passiver Rückenlage, hält den Kopf. do.

Spieltrieb: ø. ø

Affekte

Schreit heftig, verweigert die Nahrung, unruhiger Schlaf. Tempo langsam. Sehr fidel, lächelt, wenn man es streichelt oder anruft, ißt und schläft gut. Tempo schneller.

Aufmerksamkeit

Kaum erregbar. Gut erregbar und fixierbar.

(Fall 9.) Schauer 0; 3

Ernährungsstörung. Ständiger Wechsel zwischen Gewichtsab- und zunahme. Gewicht bei der Aufnahme wie bei der Geburt. Status: Dürftig, herabgesetzter E. Z. Fettpolster gering, Hautfarbe blaß, schlechter Turgor.

13. 11.

25. 11.

Gewichtszunahme, bessere Farbe.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Fixiert kaum. (Strabismus convergens.) Fixiert kurze Zeit, folgt aber nicht der Lichtquelle.

Akustisch: Kurzes Reagieren auf Schall; Unterbrechung des Weinens. Reagiert: Krausen der Stirn beim Tick-Tack, weites Öffnen der Augen und Richten zur Schallquelle.

Triebe.

Motilität: Unregelmäßige Bewegungen. Scheint greifen zu wollen. Spitzt den Mund bei Annäherung eines Gegenstandes. Stirnrunzeln.

Statik: Liegt unruhig in passiver Rückenlage. Liegt still.

Spieltrieb: ø. ø

Affekte

Sehr unruhig, schreit viel, auch nach der Nahrungsaufnahme. Ist interessiert, lächelt, wenn man sich mit ihm befaßt. Ruhig.

Aufmerksamkeit

Auf kurze Zeit erregbar. do.

(Fall 10.) Müller 0;3

Bronchitis. Vereinzelte trockene Rg. Husten, Schnupfen, Röcheln.
Status: Guter E. Z.

26. 12. 26
Temperatur 38,3

3. 1. 27
Temperatur normal

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Folgt dem Licht mit den Augen ziemlich aufmerksam. Sehr aufmerksam.
Akustisch: Sucht die Schallquelle. do.

Triebe

Motilität: Sehr ruhig, wenn es nicht schreit; greift und tastet nicht. Lebhafter, bewegt viel die Arme.
Statik: Hält den Kopf. do.
Spieltrieb: ø. Spielt mit dem Hemd.

Affekte

Schreit viel, zwischendurch wieder sehr ruhig, läßt mit sich ohne Angst spielen. Fidel, interessiert, lächelt.

Aufmerksamkeit

Kurz fixierbar. Gut fixierbar.

(Fall 11.) Krolkiewitz 0;4

Otitis. Status: Sehr kräftig.

13. 12.
Temperatur 39,6

15. 12.
Temperatur normal

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Nicht erregbar, resp. prüfbar, da das Kind stundenlang weint und durch nichts zu beruhigen ist. Fixiert, folgt sehr langsam dem Licht.
Akustisch: do. Blickwendung auf Schall.

Triebe

Motilität: Kräftige Bewegungen, Strampeln, häufiges Wenden des Kopfes. Ruhiger, greift nicht, macht ungeschickte Bewegungen in Richtung des zu Ergreifenden.
Statik: Liegt in passiver Rückenlage, hält den Kopf. do.
Spieltrieb: ø. ø

Affekte

Schreit, schläft sehr unruhig. Ruhig, freundlich, lächelt, blickt interessiert.

Aufmerksamkeit

Nicht prüfbar. Kurz fixierbar.

(Fall 12.) Scherpflug 0; 4

Lubäre Pneumonie: Status: Wenig kräftig, leidlicher E. Z.

22. 1.

Temperatur 39,4

1. 2.

Kritisch entfiebert.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Folgt der Lichtquelle ohne Kopfwendung.

Mit Kopfwendung.

Akustisch: Sucht die Schallquelle ohne Kopfwendung.

Mit Kopfwendung.

Triebe

Motilität: GroÙe Unruhe, greift nicht.

Ruhige Bewegungen, greift nicht.

Statik: Hebt den Kopf nicht an.

Hebt ihn.

Spieltrieb: ø.

ø

Affekte

Lebhafte Unruhe, schmerzlich verzogenes Gesicht, matter Blick, weinerlich, Nahrungnahmeschlecht.

Ruhig, lächelt, interessiert. Gute Nahrungsaufnahme.

Aufmerksamkeit

Kaum erregbar.

Gut erregbar.

(Fall 13.) Heuermann 0; 5 (Lues)

Pharyngitis. Status: Elend, sehr mager, graue Farbe, Turgor herabgesetzt, kein Fettpolster.

19. 1.

Temperatur 38,2

28. 1.

Temperatur normal

Reaktionsfähigkeit

Optisch: ø.

Folgt der Lichtquelle ohne Kopfwendung.

Akustisch: Reagiert kurz ohne Kopfwendung

Reagiert gut, mit Kopfwendung.

Triebe

Motilität: Unruhig, lebhafte Bewegungen der Arme, zeitweise matt. Greift nicht.

Ruhiger, streckt die Arme in Richtung des zu Ergreifenden.

Statik: Hält den Kopf nicht, sitzt nicht.

do.

Spieltrieb: ø.

ø

Affekte

Unruhig, weinerlich, uninteressiert.

Ruhig, interessiert, lächelt, sehr vergnügt.

Aufmerksamkeit

Kaum erregbar.

Ganz gut erregbar.

Gebärdeverständnis: ø.

ø

(Fall 14.) Spring 0;5.

Osteomyelitis. Seit 3 Wochen Unruhe, Schmerzhaftigkeit des rechten Oberschenkels, Schwellung desselben. Mehrfaches Erbrechen. Seit einigen Tagen Schwellung des rechten Ellenbogens. Bewegt diesen und das rechte Bein nicht. Status: Gut entwickelt.

15. 12.

Temperatur 39,3.

28. 12.

Temperatur normal. Starke Durchfälle und Gewichtsabnahme.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Folgt der Lichtquelle langsam, nicht mit Kopfdrehung.

Folgt dem Licht mit Kopfwendung.

Akustisch: Sucht die Schallquelle.

do.

Triebe

Motilität: Greift und hält mit dem gesunden Arm, aber nur, wenn Gegenstand bequem zu erreichen ist. Strampelt mit dem gesunden Bein.

Langsame Bewegungen, greift selten und uninteressiert.

Statik: Hält den Kopf.

do.

Spieltrieb: ø.

ø

Affekte

Unruhig, ängstlich, schreit bei Berührung. Tempo sehr langsam.

Nicht mehr so ängstlich, weint weniger, lächelt manchmal auf Anruf. Noch labil, meist sehr still und ernst.

Retention

Aufmerksamkeit: Kurz fixierbar, leicht abgelenkt.

do.

Nachahmung:

Gebärdeverständnis: } ø

ø

Wortverständnis:

31. 12.

Keine Durchfälle mehr, Gewichtszunahme

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Folgt dem Licht mit schneller Kopfwendung.

Akustisch: Sucht die Schallquelle und horcht mit interessierten, weit geöffneten Augen.

Triebe

Motilität: Greift und schlägt nach Gegenständen.

Statik: Richtet sich auf.

Spieltrieb: Experimentieren, schlägt häufig mit der Klapper ans Bettgitter.

Affekte

Freundlich, an der Umgebung interessiert. Lächelt auf Anruf.

Aufmerksamkeit.

Gut fixierbar. Blickt Fortgehendem nach.

Schon im Alter von 2 Monaten können wir an 2 gleichaltrigen Fällen (Fall 4 und 5), von denen der eine Fieber hat und der andere nicht, beobachten, wie sich die Aufmerksamkeit und das Interesse in dem Moment, in dem sich das Befinden bessert, durch glitzernde Dinge erregen lassen, auf die beide Kinder vorher nicht reagierten. Beide waren unruhig, verweigerten die Nahrung und weinten viel.

Einen interessanten Vergleich haben wir an den Kindern Fall 6 und 7, die in gleichem Alter an einer schweren toxischen Ernährungsstörung erkrankten. Interessant insofern, als wir im zweiten Fall ein geistig abnormes Kind (Lues) vor uns haben, das sich während der Erkrankung ganz ähnlich dem ersten normalen verhielt; beide fixierten nicht, ihre Aufmerksamkeit war durch nichts erregbar, beide wimmerten und stöhnten unruhig. Beide werden nach Ablauf der Toxikose ruhig, freundlich und lächelten, und jetzt erst konnte festgestellt werden, daß das zweite Kind nicht imstande war, seinen Blick bewußt einzustellen oder auf Geräusche zu reagieren, sodaß man, durch noch andere Symptome geleitet, schließlich geistige Minderwertigkeit feststellte. Das erste Kind hingegen fixierte, reagierte interessiert auf Reize, war wie umgewandelt. An diesen beiden Fällen kann man sehen, wie schwierig, ja unmöglich manchmal die Beurteilung des geistigen Zustandes erkrankter Kinder ist.

Alle anderen Fälle ähneln sich in den Hauptpunkten. Sie zeigen die beschriebenen Symptome deutlicher, wenn es sich um kräftige Kinder in gutem E. Z. handelt. Bei dem Fall 9 z. B. ist der Allgemeinzustand so reduziert, daß nur geringe Unterschiede zwischen Krankheit und Besserung in punkto Aufmerksamkeit und Motilität zu vermerken sind, auffallend deutlich sind jedoch die Affekte verändert.

Sehr schön ist der Status bei Fall 14 zu verfolgen, der, nach großer Unruhe und Ängstlichkeit, die sicher hauptsächlich auf Schmerzhaftigkeit des Armes und die Angst vor jeder Berührung zu beziehen sind, sich dann ruhig und ernst verhält und erst mit erwachendem Gesundheitsgefühl lebhaft und interessiert wird.

So wenig man Schulfälle mit jedem Einzelfall identifizieren kann, so wenig gilt das Bild eines geschilderten Typus des kranken Kindes für jeden Fall. Sicher gibt es auch junge Säuglinge, die in ihrem Verhalten von dem geschilderten abweichen; die Mehrzahl jedoch verhält sich in einer charakteristischen Weise. —

Je älter das Kind wird, um so individueller entwickelt sich sein Charakter, und es machen sich andere Momente, wie erbliche Belastung, Anlage usw. bemerkbar. Es gilt dann mehr zu abstrahieren, um den Typus des Normalen herauszukonstruieren, besonders, da die abweichenden Formen in dem Grad ihres Verschiedenseins von den Variationen des Normalen bis zum Pathologischen ungemein schwer zu differenzieren sind. Zunächst soll das kranke Kleinkind, soweit es unter den Begriff des Normalen fällt, geschildert werden.

Je älter der Säugling wird, desto gröfser wird sein Verständnis für die Umwelt; desto stärker seine Wechselbeziehungen zu ihr; desto gewohnter die Prozesse der Lust und Unlust und desto geringer die Intensität der Teilnahme an ihnen. Es entsteht eine gewisse Distanz einzelnen Situationen gegenüber, und damit machen sich hemmende Motive gegenüber der ursprünglichen plötzlichen Hingabe an lust- resp. unlustbetonten Ereignissen bemerkbar. Es entwickelt sich der Sinn für Bedeutungs-differenzen, eine der Voraussetzungen des Begriffs, den wir als Intelligenz bezeichnen. Ein 5 Monate alter Säugling hat — nach SCHLESINGER — bereits Verständnis für Scherz und Ernst: Das Auspusten eines Lichtes erschreckt ihn zunächst, aber bei Wiederholung erkennt er den Spielcharakter und ergötzt sich daran. Hier ziehen wir nur aus dem affektiven Verhalten Schlüsse auf eine einsichtige Stellungnahme des Kindes, während man vom 9. Monat ab erst sog. Intelligenzversuche machen kann, bei denen das Kind durch aktives Eingreifen einsichtiges Handeln beweisen soll. Jedenfalls äußert sich eine Form der persönlichen Stellungnahme zu Vorgängen bereits in den Affekten des 5 Monate alten Säuglings, und diesen Zeitpunkt habe ich auch als Wendepunkt in seinen affektiven Reaktionen auf Krankheitsinsulte gefunden. Natürlich reagiert es wie der jüngste Säugling auf einen lokalen Schmerz mit Unruhe und Geschrei, aber, wenn der Schmerz keine Rolle bei der Erkrankung spielt, pflegt der ältere Säugling sich nicht mit unmäßigem Geschrei zu äußern, im Gegenteil, nach einigen Zeichen des Unbehagens oder auch ohne diese, mit zunehmender Schwere der Erkrankung ruhiger und ablehnender zu werden. Die Augen verlieren an Glanz, die Bewegungen werden träge, das Minenspiel erlöscht, die Gesichtsfarbe wird blafs, das Kind schläft schlecht, liegt tagsüber bewegungslos, greift nicht, sitzt oder läuft nicht, verweigert die Nahrung, spielt und spricht nicht. Dieses Verhalten ist so auffallend, wie das Geschrei des kleinen Säuglings und lenkt die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich, die gewohnt war, dafs es durch Klappern und Plappern an sein Vorhandensein erinnerte.

Das ruhige Benehmen kann man als eine Art Selbstschutz ansehen und wie beim Erwachsenen auf das Unlustbetonte der Krankheit mit daraus resultierender Herabsetzung der Triebe beziehen. Das kranke Kind greift nicht, weil es nicht

begehrt. Es spielt nicht, weil das Spiel Ausdruck einer Funktionslust ist — d. h. um dieser willen ausgeübt wird — und alle Lustgefühle herabgesetzt sind; auch die Appetitlosigkeit ist meist nicht durch rein körperliche Ursachen allein bedingt; ihm ist die „Lust am Essen vergangen“. Um die geistige Tätigkeit des kranken Kleinkindes zu beurteilen, die ja auch beim erwachsenen Kranken herabgesetzt ist, bedient man sich der anfangs dargestellten Situationsprüfung. Das ist insofern oft nicht einfach, als, wie gesagt, das kranke Kind nicht spielt oder nicht mit einem anderen spielen will; dann muß man darauf ganz verzichten. Oft aber gelingt es doch nach mehrmaligen Versuchen, das Kind durch Dinge, die es besonders liebt, zu reizen und in die gewünschte Situation hineinzubringen. Dabei läßt sich sehr bald feststellen, daß es sich durch alles mögliche ablenken läßt, wenig konzentriert ist und nach kurzem vergeblichen Bemühen Dinge aufgibt, die es sonst mit Eifer zu erreichen gesucht hätte. Wir haben es hier auch mit einer Herabsetzung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, einer schnellen Lähmung des Willens und infolgedessen auch Verminderung der geistigen Leistungsfähigkeit zu tun. Alle biologischen Fähigkeiten sind beim kranken Kleinkind beeinträchtigt, darunter leidet auch die biologische Leistung des Intellekts, die im Erfinden der vorteilhaftesten Lösung in der Notwendigkeit einer Situation besteht. „Sobald die Wiederholung einer gewohnten Reaktion unterbrochen, gehemmt, in andere Wege geleitet wird, ‚eilt‘, wenn ich mich bildlich ausdrücken darf, das Bewußtsein eifrig herbei, um die Leitung der Angelegenheit, die es dem unbewußt arbeitenden Nervensystem in Prokura gegeben hat, wieder selbst in die Hand zu nehmen. Es existieren bestimmte Vorbedingungen, die das Auftreten von intellektuellen Erscheinungen veranlassen: einer Einstellung auf das Gewohnte wird nicht oder nicht sofort entsprochen (Gesetz der Stauung). Diese Stockung verbindet sich mit einem bloßen Stutzen über das Ungewohnte oder mit einer bewußten Erwartung des Gewohnten.“ (GROOS). Dem kranken Kleinkind fehlt das Interesse und die nötige Aufmerksamkeit am Gelingen einer Lösung, die Stauung und das Stutzen sind nicht vorhanden oder zu gering, um das Bewußtsein für die Kausalität der Zusammenhänge zu erwecken; daher kommt es auch nicht zu den notwendigen Assoziationen, die als Erfolg

ein richtiges Urteil über die beste Lösung einer Aufgabe bedingen. So geschieht es, daß das Kind Sachlagen nicht übersieht, die es in gesundem Zustande mit Leichtigkeit überblickt.

Eine Folge des verminderten Begehrens und herabgesetzten Interesses an der Umwelt ist die Einschränkung der sprachlichen Äußerungen, die das Bild des ruhigen In-Sich-Zurück-Ziehens vervollständigt. Das Sprechen ist für den Säugling in der Hauptsache Kundgabe seiner seelischen Regungen, die durch die Krankheit individuell verschieden stark eingedämmt werden; so daß manche Kinder tagelang keine Äußerungen von sich geben, und wenn, dann nur in kurzen Ausdrücken des Wollens, wie: kalt, Milch, fertig usw.

Der Einfluß der Krankheit auf das Verhalten des Kleinkindes bis zu 2 $\frac{1}{2}$ Jahren wäre also charakterisiert durch eine:

- Verminderung
1. der Triebe (Motilität, Statik, Spiel, Nahrung),
 - „ 2. der Affekte, nach evtl. vorübergehender Steigerung,
 - „ 3. der Retention (Aufmerksamkeit, Sprache, Gedächtnis),
 - „ 4. der Koordination (Urteil, Unterscheidungsvermögen usw.).

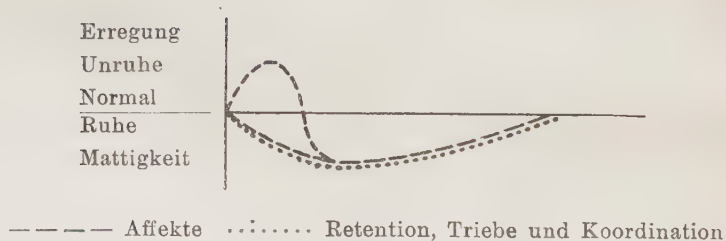


Abbildung 2

Beispiele:

(Fall 15.) Herrmann 0; 5

Bronchiolitis: Hustet, diffuse Geräusche über beiden Seiten.
Status: Guter E. Z.

15. 1.

Temperatur bis 40

1. 2.

Temperatur normal.

Reaktionsfähigkeit

Optisch	} Folgt langsam mit Kopfdrehung.	Folgt lebhaft.
Akustisch:		

Triebe

Motilität: Sehr ruhig, greift nicht.	Greift langsam, bewegt die Arme viel.
--------------------------------------	--

Statik: Hebt den Kopf an.	do.
---------------------------	-----

Spieltrieb: ø.	Spielt mit dem Hemd.
----------------	----------------------

Affekte

Matt, still, unruhiger Schlaf, schlechte Nahrungsaufnahme.	Ruhig, lächelt auf Anruf, interessiert.
---	---

Aufmerksamkeit

Sehr kurz erregbar.	Gut fixierbar.
---------------------	----------------

(Fall 16.) Schmiel 0; 6

Anämie: (Lues). Hämoglobin 30%, Leukozyten 4300, Erythrozyten
2,6 Mill. Milztumor. Retinitis luetica. Status: Guter E. Z. Blafsgelbe Farbe.

31. 12. 26

10. 1. 27

Infekt. Temperatur 38,5.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Folgt dem Licht mit Kopfwendung.	do.
--	-----

Akustisch: Sucht die Schallquelle.	do.
------------------------------------	-----

Triebe

Motilität: Greift lebhaft, tastet. Strampelt viel.	Ruhiger, greift nicht so schnell.
---	-----------------------------------

Statik: Hält den Kopf, richtet sich auf, sitzt mit geringer Unterstützung.	Liegt ruhig.
---	--------------

Spieltrieb: Spielt mit Puppe.	ø
-------------------------------	---

Affekte

Freundlich, lebhaft, lächelt, sehr in- teressiert. Bei Wiedererkennen Bekannter Beinstrampeln.	Sehr ruhig, lächelt nicht mehr, un- interessiert. Weint leicht.
--	--

Aufmerksamkeit

Gut fixierbar.	Nicht mehr so lebhaft erregbar.
----------------	---------------------------------

(Fall 17.) Haerberle 0;8

Pyelitis. Seit 3 Monaten ständig Temperatur. Typischer Urinbefund. Status: Guter E. Z. Großes, etwas blasses Kind.

10. 12.	15. 12.
Temperatur 40,2	Temperatur Normal
Reaktionsfähigkeit	
Optisch: Fixiert mit langsamer Kopfwendung.	Lebhaftere Kopfwendung.
Akustisch: Sucht langsam.	Sucht die Schallquelle lebhaft.
Triebe	
Motilität: Ruhig, greift kaum, Bevorzugung der rechten Hand.	Lebhaft, greift schnell. Schaukelt mit rhythmischen Bewegungen.
Spieltrieb: ø.	Spielt vergnügt mit der Puppe.
Statik: Sitzt, aber schwach.	do.
Affekte	
Ruhig, nicht sehr interessiert, freundlich.	Sehr vergnügt, interessiert, lächelt.
Retention	
Aufmerksam: Nicht gut fixierbar.	Gut fixierbar.
Erlerntes: „Gibs Händchen“ ø.	+

(Fall 18.) Trogisch 0;8

Asthma bronchiale. Husten, schnüffelnde Atmung, Giemen. Status: Großes, pastöses Kind, sehr blaß.

12. 1.	18. 1.
Temperatur 38,5	Temperatur normal
Reaktionsfähigkeit	
Optisch: Folgt dem Licht mit Kopfwendung.	do.
Akustisch: Sucht die Schallquelle.	do.
Triebe	
Motilität: Sehr ruhig, greift langsam.	Lebhafter, greift schnell.
Statik: Liegt meist, richtet sich nur auf, wenn es etwas haben will. Kann sitzen.	Sitzt, schaukelt.
Spieltrieb: Spielt sehr selten mit der Klapper.	Spielt viel und vergnügt.
Affekte	
Sehr ruhig, matter Blick; Interesse, wenn auch mit Mühe, erregbar.	Lebhafter, aufmerksamer Blick mit weit geöffneten Augen, schnelle Reaktion auf Interesse Erregendes.
Retention.	
Aufmerksamkeit: Gut fixierbar.	do.
Erlerntes: „Gibs Händchen“ +.	do.
Sprache: ø.	Lallt.

(Fall 19.) Daske 0; 8½

Lobäre Pneumonie. Status: Guter E. Z. Exsudatives Kind.

22. 1.

8. 2.

Temperatur 38,8

Temperatur normal

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Sucht das Licht mit Kopfwendung.

do.

Akustisch: Horcht aufmerksam.

do.

Triebe

Motilität: Ruhig, unbeweglich, greift nicht.

Lebhaft, greift, schlägt.

Statik: Liegt in passiver Rückenlage.

Sitzt, richtet sich mit Halt auf.

Affekte

Sehr still, matt, weinerlich abwehrend gegen jeden Andern.

Lächelt vergnügt, interessiert, zugänglich.

Spieltrieb: ø.

Spielt mit der Klapper.

Retention

Aufmerksamkeit: Kurz fixierbar.

Gut fixierbar.

Sprache: ø.

Mama, dada usw.

(Fall 20.) Franke 0; 10

Bronchopneumonie. Über beiden Lungen bronchitische Geräusche.

Beschleunigte Atmung. Status: Großes, kräftiges Kind in gutem E. Z.

20. 12. 26.

28. 12. 26

Temperatur 39,3

Temperatur normal

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Folgt der Lichtquelle ohne Drehung des Kopfes.

Mit Drehung des Kopfes.

Akustisch: Blickwendung zum Schall.

do.

Triebe

Motilität: Lebhaft Bewegungen der Extremitäten. Greifen und Betasten von erreichbaren Dingen mit der ganzen Hand.

do.

Statik: Sitzt noch nicht und stellt noch nicht die Füße.

do.

Spieltrieb: Spielt mit Klapper und Puppe.

Spielt sehr viel, lebhafter.

Affekte

Weinerlich, zugänglich, Tempo lebhaft.

Sehr lustig und lebhaft. Lacht und jauchzt. Überaus interessiert.

Retention

Aufmerksamkeit: Gut erregbar und fixierbar.

do.

Gedächtnis: Reagiert auf Namen.

do.

Nachahmung: ø.

Gebärdenverständnis: Gibts Händchen +.

do.

do.

(Fall 21.) Radloff 0; 11

Spastische Bronchitis. Seit dem vierten Monat Röcheln, Pfeifen, Dyspnoe. Heiseres Schreien. Erweiterung der Lunge. Status: Sehr guter E. Z. Etwas adipositas. Pastös. Rachenkatarrh.

4. 12. 26

6. 12. 26

(12 Stunden nach dem Anfall)

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Folgt dem Licht mit den Augen. Mit Drehung des Kopfes.

Akustisch: Blickt in Richtung der Schallquelle. Sucht die Schallquelle.

Triebe

Motilität: Greift nach Vorgehaltenem, aber läßt es bald uninteressiert liegen. Blickt Heruntergeworfenem nicht nach. Greift, nimmt auf, hält den Gegenstand. Blickt Heruntergefallenem über den Betrand nach, indem es aufsteht.

Statik: Wenn man es aufsetzt, wirft es sich seitlich hin. Liegt teilnahmslos. Steht und geht mit Unterstützung. Meist sitzt es. Kriecht, um Dinge zu erreichen.

Spieltrieb: Interesselos. Unterlagetest: +. Beschäftigt sich unter lebhaftem Geplapper mit seinen Tieren.

Affekte

Sehr labil. Wenig zutraulich gegen Fremde. Weint, wenn man es aus dem Bett nimmt. Schlaf unruhig. Ruhig, freundlich. Tempo langsam. Schlaf gut.

Retention

Wortverständnis: +. Gibs Händchen +. Nachblicken von Gefallenem +.

Sprache: Spricht nicht. Mama, eia, „Heidelberg“.

Nachahmen: ø.

Patschen +.

Nachsprechen: ø.

ø

Aufmerksamkeit:

Gut fixierbar, aber kein starkes Interesse. Fixiert mit großem Interesse: weites Öffnen der Augen, Runzeln der Stirn.

(Fall 22.) Franke 0; 11.

Schwere Anämie. (Hb. 35.) Milztumor. Frühgeburt (7 Mon.) 3 Pfund. Status: Klein, zurückgeblieben, blaß, Craniotabes. Infekt.

25. 12. 26

1. 12. 26

Temperatur 39

Temperatur normal

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Fixiert kurz, ohne Drehung des Kopfes. Mit Drehung des Kopfes.

Akustisch: Sucht kurz nach der Schallquelle. Blickt lebhaft in die Schallrichtung.

Triebe

Motilität: Streckt die Hände nach Gegenständen aus, ohne sie zu ergreifen. Greifen mit beiden Händen. Halten von ganz leichten Gegenständen.

Statik: Hält den Kopf, sitzt noch nicht frei im Arm. do.

Spieltrieb: ø. Spielt mit der Puppe und Klapper.

Affekte

Lächelt nicht, ist ganz ernst, unzugänglich. Ruhig, freundlich, lacht. Erstaunen beim Tick-Tack. Tempo lebhaft.

Retention

Aufmerksamkeit: Schwer erregbar. Weites Öffnen der Augen. Kurze Dauer der Fixation.

Sprache: ø. ø

Wortverständnis: ø. ø

Nachahmen: ø. ø

(Fall 23.) Krieger 0;11

Ekzem. Seit 4 Wochen im Gesicht. Status: Grofs, Normalgewicht. Guter E. Z. Mäßiges Nässen des Ekzems. Kein Jucken (Teeranwendung).

3. 12. 26

20. 12. 26

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Fixiert und folgt dem Licht unter langsamer Drehung des Kopfes. Bewegt den Kopf schneller.

Akustisch: Blickwendung zur Schallquelle. do.

Triebe

Motilität: Greift ohne Bevorzugung der rechten Hand nur nach Dingen in Reichweite. Hält Gegenstände. Greift lebhaft durchs und übers Gitter nach Dingen aufser Reichweite. Streichelt.

Statik: Liegt meist in passiver Rückenlage. Kann stehen, mit Halt gehen. Kriecht im Bett umher, stellt sich häufig allein auf, sitzt meist.

Spieltrieb: Unterlageversuch ø. do.

Lichtauspusten ø. Spielt mit Gegenständen. Spielt lebhafter, schlägt jauchzend mit Gegenständen ans Gitter.

Affekte

Ruhig, freundlich, Tempo mäßig. Sehr lustig und interessiert. Tempo lebhaft.

Retention

Aufmerksamkeit: Gut fixierbar. do.

Sprache: Lallen. Eia, eia. Dada. Singt viel, spricht vor sich hin.

Wortverständnis: Gibs Händchen +. Reagiert auf Namen und Anruf.

Nachahmung: ø. Spricht nach.

Gedächtnis: Blickt gefallenen Dingen nicht nach. Blickt nach, sucht, indem es ans Gitter kriecht.

(Fall 24.) Schulze 0 ; 11½

Spasmophilie. Seit der Geburt Ziehen beim Einatmen. Seit 14 Tagen stärker. Atemnot, bleibt weg, blaurot. Anfälle von 5 Minuten Dauer. Keine Zuckungen. Status: Gut entwickelt, kräftig.

1. 12. 26	6. 12. 26
Temperatur 38,3	Temperatur normal
Fast ½ stündl. Anfälle	Sehr seltene Anfälle
Gesteigerte Patellareflexe	
Reaktionsfähigkeit	
Optisch: Fixiert kurz, folgt dem Licht nicht.	Folgt dem Licht mit Kopfwendung.
Akustisch: Blickwendung zur Schallquelle.	do.
Sensibel: Weint auf Stechen. Triebe	Zuckt zurück.
Motilität: Greift kaum nach Vorgehaltenem, sehr ablehnend, keine Bevorzugung der rechten Hand.	Greift nach Gegenständen mit beiden Händen, schlägt vergnügt nach Hängendem.
Statik: Sitzt, steht und läuft mit Halt.	do.
Spieltrieb: Ablehnend. Unterlagetest ø.	Spielt lebhaft. Unterlagetest +.
Affekte	
Weinerlich, unglücklich, Tempo lebhaft.	Freundlich, jauchzt, wenn Versuch gelingt.
Retention	
Aufmerksamkeit: Kurz fixierbar, schreit.	Noch leicht ablenkbar, besser zu konzentrieren.
Sprache: Mama.	Mama, eia, eia.
Wortverständnis, Nachahmen ø.	ø

(Fall 25.) Starke 1 ; 2

Pleuritis: Dämpfung rechts. Status: Guter E. Z. Sehr blasse Farbe.

15. 1. 27	1. 2. 26
Temperatur 38,3	Temperatur normal
Reaktionsfähigkeit	
Optisch: Folgt der Lichtquelle langsam, ohne Kopfwendung.	Lebhaft, mit Kopfwendung.
Akustisch: Sucht langsam die Schallquelle.	Lebhaft.
Triebe	
Motilität: Greift nicht.	Greift, zeichnet, hebt auf.
Statik: Liegt in passiver Rückenlage.	Sitzt, kriecht, steht, geht mit Halt.
Spieltrieb: ø.	Fadentest +. Unterlagetest ø. Spielt viel.
Affekte	
Matt, weinerlich, uninteressiert. Bei der Untersuchung weinerlich.	Freundlich, interessiert, zutraulich.

Retention

Aufmerksamkeit: Schwer und kurz erregbar.	Gut fixierbar.
Sprache: ø.	Spricht nicht.
Wortverständnis: Reagiert nicht.	+
Erlerntes: ø.	Gibs Händchen +.
Nachsprechen: ø.	ø
Urteil: Krummstabversuch, Stabversuch ø.	ø +

(Fall 26.) Richter 1;5

Akute Enteritis. Status: guter E. Z.

20. 1. 27

1. 2. 27

Temperatur 39

Temperatur normal

Reaktionsfähigkeit

Optisch: ø.	+
Akustisch: Reagiert nicht. Triebe	Horcht.
Motilität: Unbeweglich.	Greift, hebt auf, zeigt, lebhafte Bewegungen.
Statik: Liegt in passiver Rückenlage.	Läuft ohne Halt.
Spieltrieb: ø.	Spielt vergnügt. Fadentest: +. Unterlagetest: ø.

Affekte

Apathisch, heftige Abwehr, wehleidig, matt.	Ruhig, freundlich, interessiert, lächelt.
---	---

Retention

Aufmerksamkeit: Dreht sich ab.	Gut erregbar und fixierbar.
Sprache: ø.	„och“.
Erlerntes: ø.	Gibs Händchen +.
Wortverständnis: Abwehr.	+
Urteil	
Krummstabversuch: Nicht ausführbar.	ø
Stabversuch: Nicht ausführbar.	ø

(Fall 27.) Tabbert 1;6

Chondrodystrophie. Status: Großer Kopf, kurze, plumpe Extremitäten. Epiphysen aufgetrieben. Gute Entwicklung der Muskulatur.

Triebe

Motilität: Greift, hebt auf, fixiert. Überaus lebhaft.
Statik: Läuft seit 3 Monaten ohne Hilfe. Steht aus sitzender Stellung ohne Unterstützung der Arme auf.
Spieltrieb: Fadentest: Sofort +. Unterlagetest: ø.

Affekte

Freundlich, zutraulich, an der Umgebung interessiert. Tempo lebhaft.
Sehr gutmütig. Große Freude beim Gelingen von Lösungen.

Retention

Aufmerksamkeit: Gut fixierbar.

Sprache: Papa, Mama.

Erlerntes: Lernt erstaunlich schnell, Gieb Küsschen, Giebs Händchen, mach Diener, tanz.

Wortverständnis: Für alles +.

Nachsprechen: +.

Umgehungsversuch: +.

Urteil

Krummstabversuch sofort +.

Stationsinfekt

Temperatur 37,8.

Triebe

Motilität: Greift und klettert nicht mehr so lustig.

Statik: Sitzt und liegt viel ruhiger.

Spieltrieb: Unlustig, weint, wenn von ihm verlangt wird, was er vorher gern ausführte.

Affekte

Verdrießlich, weint leicht, weniger interessiert.

Aufmerksamkeit

Nicht ausdauernd fixierbar.

(Fall 28.) Porsch 2; 4

Darmstörung. Neuropathie, Anämie. Status: Zierlich, normale Größe, Turgor mittel, Fettpolster mäßig, Hautfarbe blaß. Unsicheres Gehen (pedes plani). Häufige, breiige, stinkige Stühle. Zahlreiche Leukozyten im Sediment.

10. 11. 26

Temperatur bis 38

Triebe

Motilität: Greift nur nach Gegenständen in Reichweite (Bilderbuch, Buntstift), die es gern hat. Sonst ablehnend.

Statik: Sitzt, weigert sich unter Geschrei zu gehen und zu laufen.

Spieltrieb: „Malt“ in ihr Bilderbuch Striche, sonst zu nichts zu bewegen.

Affekte

Sehr labile Stimmung, weinerlich, ablehnend, langsames Tempo.

Retention

Ablehnend.

Sprache: Sehr undeutlich, wenn nicht verstanden: Sofort weinen.

Wortverständnis: +.

Aufmerksamkeit: Schwer erregbar.

20. 11. 26

Temperatur normal

Greift durch Bettgitter, Aufnehmen von gefallenem Dingen.

Läuft schnell, wenn auch ein wenig unsicher. Klettert.

Fadentest: + (nach Stutzen: „kann nicht“). Unterlagetest: ø.

Ruhig, freundlich; weinerlich, wenn etwas gegen ihren Sinn geht.

Stehend und liegend Kreuzversuch +.

Wiederholt mehrmals auf Wunsch.

+

Gut erregbar.

Urteil

Ablehnend.

Krummstabversuch: +

Zusammenlegen von Hölzern: Kreuz:
ø. Nach Handführung: +. Grosses
und kleines Kreuz: +. Rotes
und grünes Kreuz: +.

(Fall 29.) Kreschner 2; 6

Darmblutung. (Hb. 18%, Erythrozyten 1,67 Mill.) Status: Guter E. Z.
Sehr blaß.

23. 12. 26

20. 1. 27

Hb. 30, 8%, Erythr. 3,7 M.

Triebe

Motilität: Sehr langsames, seltenes
Greifen, im allgemeinen unbeweg-
lich.

Greift, nimmt, hebt auf, noch ruhig,
aber nicht krankhaft.

Statik: Sitzt, kann laufen.

Steht im Bett auf, läuft im Gitter,
schwach. Klettert nicht.

Spieltrieb: ø.

Spielt viel und mit großem Interesse.
Fadentest: +. Unterlagetest: ø.

Affekte

Sehr ernst und ruhig, blickt mit
großen Augen umher, scheinbar
beobachtend. Tempo sehr langsam.

Noch ruhig, aber unvergleichlich aus-
drucksvoller, lächelt, spricht freund-
lich, sehr zugänglich. Tempo
lebhafter.

Retention

Kreuztest: ø. Blickt hin, reagiert
nicht.

Stehend und liegend Kreuz nur
nach der Lage der Schachteln
unterschieden.

Sprache: Nur das Notwendigste:
Aa, fertig, kalt, essen.

Spricht alles, ruft, bittet.

Verständnis: Für alles.

do.

Nachsprechen: ø.

Spricht Vorgesagtes nach.

Aufmerksamkeit: Erregbar, ohne
Begehren auszulösen.

Sehr gut erregbar und fixierbar.

Urteil: Nicht beurteilbar.

Stabversuch: +.

Krummstabversuch: Erst nach Zei-
gen +.

Figurenlegen: Nach Handführung: +.
Großes und kleines Kreuz ø. Rotes
und grünes Kreuz: ø. Mangelnde
Konzentration.

Fall 16 kam mit einer schweren Anämie ins Krankenhaus, fühlte sich aber sehr wohl und war vergnügt; wurde aber dann durch einen geringen Infekt der oberen Luftwege in seinem Verhalten sehr beeinträchtigt.

Fall 19. Besonders bei lobären Pneumonien steigert sich die Mattigkeit oft bis zur Apathie und Somnolenz, so daß man, wenn evtl. noch eine angedeutete Nackensteifigkeit vorliegt, leicht zur Fehldiagnose einer Meningitis kommt.

Fall 20. Dieses Kind ist relativ wenig durch die Krankheit in seinem Verhalten verändert. Wenn man nicht sein überaus lebhaftes Temperament im gesunden Zustand beobachtet hätte, würde man es für unbeeinträchtigt gehalten haben.

Fall 22. Zum Vergleich habe ich eine Frühgeburt aufgenommen, die in ihrer organisch-funktionellen Entwicklung weit zurück war und auf einen Infekt wie die anderen kranken Kinder reagierte.

Fall 26 und 28 sind beides besonders verwöhnte, wehleidige Kinder, die sich übertrieben ablehnend verhalten. Fall 28 scheint durch einen melancholischen Vater erblich belastet zu sein. In diesem Falle kann man mit ziemlicher Sicherheit, im anderen mit Wahrscheinlichkeit von einem Neuropathen sprechen. — Bei den jüngeren Kindern muß man mit dem Urteil der Neuropathie sehr vorsichtig sein. Sicher sind unter den Fällen noch mehr Neuropathen.

Fall 27. Interessant ist das Verhalten eines mißgebildeten Kindes, das einen überaus klugen Eindruck machte, wie man es bei Chondrostrophikern nicht selten finden. Es akquirierte im Krankenhaus einen Infekt und zeigte sofort einen krassen Umschlag in seiner Stimmung und Einstellung zu den Menschen, mit denen er vorher sehr zutraulich und intelligent gespielt hatte.

Fall 29 ist vielleicht der typischste Fall, weil es ein sehr schwerer war und dem Verhalten organische Berechtigung gab. Dieses Kind war unglaublich gehemmt und beeinträchtigt, ohne daß es über Schmerzen klagte, und verhielt sich nicht neuropathisch ablehnend, sondern man hatte deutlich den Eindruck, daß es tat, was in seinen Kräften stand.

b₂) Nervlich sensible Kinder

Schon einleitend war die Rede davon, daß die verschiedene Reaktion zweier Kinder auf denselben Insult und gleiche nervöse Reaktionen bei ein und demselben Kind auf verschiedene Ursachen hin eine Minderwertigkeit des Nervensystems voraussetzen. Die Äußerungen solcher Kinder weichen wesentlich von denen normal veranlagter ab. Es kann hier eine Steigerung von Unruhe und Phantasieren bis zu regelrechten Gemütsstörungen statthaben; die Motilität ist bei Fieber oft bis zu Krämpfen — sog. Initialkrämpfen — erhöht. Während wir beim normalen kranken Kind von einer Hemmung der Triebe sprachen, scheint es sich beim nervlich-sensiblen oft geradezu um eine Form von Hemmungslosigkeit zu handeln. Solche Kinder sind selbst bei hoher Temperatur erstaunlich zugänglich und oft von einer Erregbarkeit, die bis ins Pathologische gesteigert scheint. Im Moment aber, wo die äußeren Anzeichen der Übererregbarkeit — Facialis-, Peroneusphänomen, elektrische Reizbarkeit — verschwinden,

ist das Kind wieder ruhiger im Affekt, in der Motilität und in seiner Teilnahme an der Umwelt. Die Erregungsphase ist keine ständige, sondern wechselt mit Mattigkeits-, Ermüdungsphasen ab, in denen das Kind viel schläft und wenig ansprechbar ist. Die Schwankungen zeigen erst einen sehr großen Ausschlag, werden immer kleiner und gehen manchmal plötzlich, manchmal allmählich, in normales Verhalten über. Diese Kinder machen oft einen von der Krankheit durchaus unbehelligten Eindruck. Bemerkenswert ist aber, daß trotz des lebhaften Interesses, das dem Arzt einen normalen psychischen Zustand des kranken Kindes vorspiegelt, die Ablenkbarkeit so erhöht ist, daß die Aufmerksamkeit, obwohl leicht erregbar, so doch kaum konzentrierbar ist. Das Kind wendet sein Interesse bald diesem, bald jenem zu.

Für das nervlich sensible kranke Kleinkind finden wir also folgendes Verhalten:

Schwankungen zwischen Erregbarkeit und Mattigkeit in den Affekten.

Schwankungen zwischen Erregbarkeit und Mattigkeit in den Trieben.

Erregbare, aber nicht konzentrierbare Aufmerksamkeit. Steigerung der elektrischen Erregbarkeit und Reflexe.

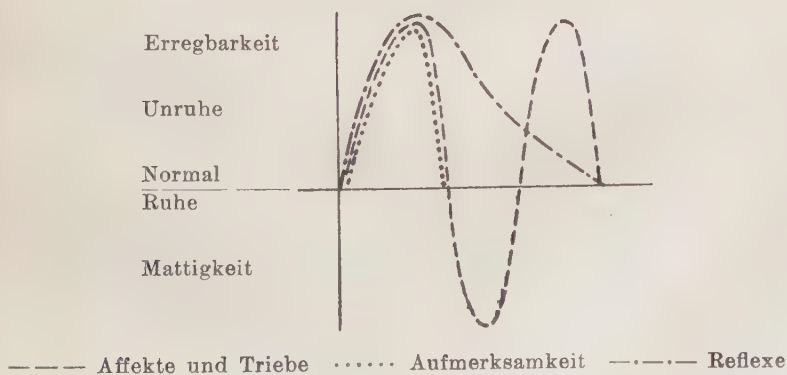


Abbildung 3

Beispiele:

(Fall 30.) Reichert 0;5

Empyem der Lunge. Status: Guter E. Z.

Tetanische Symptome (Geburtshelferhand, Karpopedalspasmen).

3. 1. 27

10. 1. 27

Temperatur 39

Temperatur 39

Reflexe: Peroneus +.

Peroneus ø.

Facialis +.

Facialis ø.

Elektrische Erregbarkeit: Gestiegt.

Normal.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Blick folgt langsam ohne Kopfwendung.

Mit Kopfwendung.

Akustisch: Reagiert sehr langsam, sucht auch nur ohne Kopfwendung.

Reagiert normal, lebhaft, mit Kopfwendung.

Triebe

Motilität: Unruhige Bewegungen wechseln mit matter Ruhe. Greift und tastet nicht.

Macht geregelte Greifbewegungen in Richtung der Gegenstände ohne zu greifen. Tastet ruhiger.

Statik: Hält den Kopf, sitzt nicht.

do.

Spieltrieb: ø.

ø

Affekte

Lebhaftes Stimmungs, weinerlich, unruhig, ängstlich, schlechte Nahrungnahme.

Lebhaftes Stimmungs, aber interessiert und ruhiger. Nahrungnahme noch schlecht.

Aufmerksamkeit

Kaum fixierbar.

Fixierbar.

18. Januar: Verschlechterung mit geringer, langsamer Reaktion (optisch, akustisch, motorisch). Exitus letalis.

(Fall 31.) Pickara 0;6.

Grippe und Tetanie. Rhinitis; Krämpfe. Status: Guter E. Z.

10. 1. 27

19. 1. 27

Temperatur 38,3

Temperatur normal

Reflexe: Facialis +.

ø

Peroneus +.

ø

Elektrische Erregbarkeit: Gestiegt.

Normal.

Triebe

Motilität: Lebhaftes Bewegungen, greift.

Ruhiger.

Statik: Liegt in passiver Rückenlage.

Hebt den Kopf, um etwas zu erreichen.

Spieltrieb: ø.

Spielt vergnügt.

Affekte

Große Unruhe, Schreien, Weinen.

Lustig, lacht, interessiert.

Aufmerksamkeit:

Optisch: Reagiert lebhaft, aber schlecht fixierbar.

Gut fixierbar.

Akustisch: Reagiert nur kurz.

Reagiert ausdauernder.

(Fall 32.) Midulla 0;6

Spasmophilie: Aus dem Schlaf heraus plötzlicher Krampfanfall. Röchelt, wird blaß, verdreht die Augen, wird steif. Fäuste geballt. Dauer $\frac{1}{2}$ Stunde. Wiederholt sich zweimal. Status: Etwas pastös. Guter E. Z.

14. 11. 26

25. 11. 26

Reflexe: Facialis +.

ø

Peroneus +.

ø

Elektrische Erregbarkeit:
Normal.

do.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Fixiert und folgt dem
Licht.

do.

Akustisch: Blickwendung auf
Schall.

do.

Triebe

Motilität: Sehr lebhaft, bewegt
die oberen Extremitäten sehr lange.
Schaukelt mit dem Oberkörper mit
Ausdauer. Greift.

Ruhiger, bewegt sich nicht mehr so
lebhaft.

Statik: Sitzt, richtet sich auf.

do.

Affekte

Labil, meist vergnügt, freundlich.
Sehr lebhaftes Tempo.

Sehr vergnügt, ruhig.

Spieltrieb: Klappert lebhaft mit
der Klapper.

Spielt, aber nicht so lebhaft, wie
zuvor.

Retention

Erkennen Bekannter +.

do.

Aufmerksamkeit: Gut fixierbar.

do.

Sprache: Lallen.

do.

(Fall 33.) Gehrke 0;6.

Tetanie. Status: Mittlerer E. Z.

25. 1. 27

1. 2. 27

Reflexe: Facialis +.

ø

Peroneus +.

ø.

Elektrische Erregbarkeit: Ge-
steigert.

Normal.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: Blickohne Kopfwendung.

Mit Kopfwendung.

Akustisch: Sucht die Schallquelle
ohne Kopfwendung.

Mit Kopfwendung.

Triebe

Motilität: Unruhig, wälzt sich hin
und her, Arme gebeugt, Faust, Knie
angezogen, greift nicht.

Ruhig, greift, wenn auch langsam.

Spieltrieb: ø.

Klappert, spielt.

Statik: Liegt auf einer Seite mit
zurückgebogenem Kopf.

Liegt in passiver Rückenlage, sitzt
nur mit Halt. Richtet den Kopf
hoch.

Affekte

Weint und schreit. Schreckhaftig- keit bei Annäherung. Schlechte Nahrungsnahme.	Ruhig, freundlich, lächelt. Nahrungs- nahme gut.
Aufmerksamkeit: ø.	Gut fixierbar.

(Fall 34.) Holzhüter 0;7

Exsudative Diathese. Ekzem seit 3 Monaten. Starker Juckreiz.
Unruhe. Status: Guter E. Z.

10. 1. 27

20. 1. 27

Reaktionsfähigkeit

Optisch:	} Reagiert lebhaft	do.
Akustisch:		

Triebe

Motilität: Sehr lebhaft, möchte immer sitzen. Bewegt sich viel. (Juckreiz.) Greift schnell.	Ruhiger, trotzdem noch lebhaft.
---	---------------------------------

Spieltrieb: Lebhaft.	do.
----------------------	-----

Statik: Sitzt.	do.
----------------	-----

Affekte: Durch den Juckreiz sehr unruhig, sonst lustig, freundlich, lebhaft. Interessiert.	Ruhiger, lächelt, schläft viel.
--	---------------------------------

Aufmerksamkeit

Sehr lebhaft, leicht ablenkbar.	Besser konzentrierbar.
---------------------------------	------------------------

(Fall 35.) Schneider 0;7

Tetanie. Krämpfe. Status: Kräftig, guter E. Z.

23. 1. 27 .

28. 1. 27

Reflexe: Facialis ++.	Facialis ø.
Peroneus ø.	do.

Elektrische Erregbarkeit: Sehr gesteigert.	Normal.
---	---------

Triebe

Motilität: Greift lebhaft, intensive Bewegungen.	Ruhigere Bewegungen.
---	----------------------

Statik: Steht mit Hilfe, sitzt mit Unterstützung.	do.
--	-----

Spieltrieb: Spielt vergnügt.	do.
------------------------------	-----

Affekte

Durch den Juckreiz sehr unruhig, sonst lustig, freundlich, lebhaft, interessiert.	Ruhiger, lächelt, schläft viel.
---	---------------------------------

Aufmerksamkeit

Sehr lebhaft, leicht ablenkbar.	do.
---------------------------------	-----

(Fall 35.) Schneider 0;7

Tetanie. Status: Kräftig, guter E. Z.

23. 1. 27

28. 1. 27

Reflexe: Facialis ++.

ø.

Peroneus ø.

ø.

Elektrische Erregbarkeit: Erhöht. Normal.

Reaktionsfähigkeit

Optisch: } Reagiert lebhaft mit

do.

Akustisch: } Kopfwendung.

Triebe

Motilität: Greift lebhaft. Intensive Bewegungen. Ruhigere Bewegungen.

Statik: Steht mit Hilfe, sitzt mit Unterstützung. do.

Spieltrieb: +. do.

Affekte

Weint, schreit, sehr unruhig. Lebhaftes Tempo. Ruhig, lacht vergnügt. Tempo weiter lebhaft.

Aufmerksamkeit

Nicht gut fixierbar. Gut fixierbar.

b₃) Unbeeinflussbare Kinder

Während die Mehrzahl der Kinder in irgendeiner Form durch die Krankheit in ihrem Verhalten geändert wird, gibt es auch solche, die — vorausgesetzt, daß der Insult kein sehr schwerer und schmerzhafter ist — sich selbst durch hohes Fieber in keiner Weise in ihrem Wohlbefinden stören zu lassen scheinen. Vielleicht wäre gar nicht bemerkt worden, daß die Kinder krank waren, wenn nicht täglich die Temperatur gemessen würde. So konnte ich mehrfach feststellen, daß Kinder, die bereits längere Zeit im Krankenhaus an ihre Umgebung gewöhnt waren, fidel und guter Stimmung blieben, obwohl sie tagelang fieberten. Daraus kann man sehen, wie bedeutend die Fremdheits- und Eingewöhnungskomponente sein muß, und daß man sehr vorsichtig bei der Beurteilung der schlechten Stimmung eines kranken Kindes vorgehen muß.

Beispiele:

(Fall 36; s. v. 33.) Gehrke 0;6

1. 2

5. 2

Triebe

Otitis media: Temperatur 39,3

Motilität: Greift, ruhig, hält.

Keinerlei Veränderung, lächelt vergnügt.

Spieltrieb: Experimentieren +.

Statik: Richtet den Kopf auf, sitzt mit Halt.

Affekte

Ruhig, freundlich, interessiert,
lächelt.

Aufmerksamkeit

Optisch: }
Akustisch: } Gut fixierbar.

(Fall 37.) Häschen 1;1

Pharyngitis. Seit der Geburt im Krankenhaus. Vater Alkoholiker.
Guter E. Z.

Triebe

13.—17. 2. 27

Motilität: Greift, hebt auf. Keine
ausgesprochene Bevorzugung der
rechten Hand.

Temperatur 39,8

Keine Veränderung des Benehmens.

Statik: Sitzt, steht mit Halt, geht
noch nicht.

Lächelt und spielt vergnügt bei
hoher Temperatur.

Spieltrieb: Fadentest +.

Unterlagetest ø.

Spielt viel.

Affekte: Freundlich, sehr zutrau-
lich, interessiert, keine starke
Willensprägung.

Aufmerksamkeit

Optisch und akustisch gut fixierbar.

Retention

Sprache: Mama, Tante, Dada, Lall-
monologe.

Wortverständnis: Gibs Händ-
chen +. Zeig. . . +.

Nachahmung: Händepatschen +.

Urteil

Stabversuch ø.

(Fall 38.) Belang 1;3

Ekzem. Seit 4 Wochen am Körper. Status Großes, gut ernährtes
Kind.

30. 12. 26

Triebe

3. 1. 27

Infekt. Temperatur 39.

Motilität: Greift, hebt auf. Leb-
hafte Bewegungen.

Unverändert. Sehr fidel und guter
Stimmung.

Statik: Läuft frei seit dem 10. Monat.

Spieltrieb: Fadentest +.

Unterlagetest ø.

Affekte

Freundlich, zutraulich, interessiert,
sehr lebhaft.

Retention

Aufmerksamkeit: Optisch und
akustisch leicht ablenkbar.

Sprache: Lallmonologe, Papa,
Mama, Dada.

Wortverständnis: Gibs Händchen usw. +.

Nachahmung: Wiederholt Gehörtes.

Urteil

Krummstabversuch ø.

Stabversuch +.

Fall 36 (33). Hat eine manifeste Tetanie überwunden und äußert über eine Otitis media mit 39,3 Temperatur kein Unbehagen.

Fall 37. Ist aus familiären Gründen von Geburt an im Krankenhaus aufgezogen worden und spielt bei 39,8 Temperatur in bester Stimmung.

Fall 38. Wird wegen eines Ekzems behandelt und ist bei einem Infekt mit 39 Temperatur sehr fidel.

Zusammenfassung

1. Das Verhalten des kranken Kleinkindes im Krankenhaus hängt nicht allein von der Krankheit selbst, sondern zahlreichen anderen Faktoren (Anlage, Milieu usw.) ab.

2. Das Verhalten entspricht bei chronisch kranken Kindern infolge der mangelhaften körperlichen Weiterentwicklung einer niederen Altersstufe.

3. Bei akuten Erkrankungen gibt es eine passagere Herabsetzung der Säuglingsfunktionen, die sich auf eine Art Gedächtnisschwächung infolge einer Aufmerksamkeitssperrung beziehen läßt.

4. Der jüngere Säugling ist infolge mangelnder Hemmungsfähigkeit und daraus resultierender starker Hingabe an lust- und unlustbetonte Prozesse in seinen Affekten und seiner Motilität gesteigert, während mit zunehmendem Alter die Affektivität und die Motilität herabgesetzt werden.

5. Das nervlich-sensible Kleinkind reagiert infolge seiner Labilität mit Schwankungen zwischen sehr starker und sehr geringer Affektivität.

6. Es gibt auch eine Anzahl von Kindern, deren subjektives Befinden unter — nicht sehr schweren — Krankheiten nicht leidet.

Literaturverzeichnis

AMENT, W., Die Seele des Kindes. Stuttgart Kosmos.

BOENHEIM, C., Über nervöse Komplikationen bei spezifisch-kindlichen Infektionskrankheiten. *ErgInnMd* 28. 1925.

BÜHLER, Die geistige Entwicklung des Kindes.

FREUD, S., Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Wien 1917

- GROOS, K., Die seelische Entwicklung des Kleinkindes. *Kinderfürsorge*. (Leipzig, Teubner.)
- HENSEL, Ch., Psychische Taubheit mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. *Dissertation*. Berlin 1926.
- HEUBNER, Über die Zeitfolge in der psych. Entwicklung des Säuglings. *ErgInnMd* 24. 1923.
- ILLPÖ, Über langanhaltende Sensibilitäts- und Intelligenzstörungen nach Intoxikationsstadium bei ernährungsgestörten Säuglingen. *ErgInnMd* 24. 1923.
- KLEINSCHMIDT, H., Die bedeutungsvolle Rolle des Nervensystems in der Pathologie des Kindesalters. *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung* 14 (23).
- KÖHLER, Intelligenzprüfungen an Anthropoiden I. Berlin, Julius Springer.
- LOOFT, C., Periphere und zentrale Rachitis. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 25. 1923.
- MANN, Th., Zauberberg.
- PEIPER, A., Beiträge zur Sinnesphysiologie d. Frühgeburt. *JbKiHeilk* 54. 1924.
- , Untersuchung über die galvanischen Hautreflexe im Kindesalter. *JbKiHeilk* 57. 1925.
- , Hirntätigkeit des Neugeborenen. *JbKiHeilk* 61. 1926.
- PEISER, Prüfungen höherer Gehirnfunktionen. *JbKiKrk* 91. 1920.
- PREYER, Die Seele des Kindes. Leipzig 1905 (1882).
- , Die geistige Entwicklung in der Kindheit 1893.
- ROEMER, Über psychopathische Minderwertigkeiten im Säuglingsalter.
- SCHLESINGER, J., Zur Intelligenzbestimmung am jungen Kinde. *JbKiKrk* 57. 1925.
- SCHWAB, Prüfung des psychischen Zustandes bis zum 2. u. 3. Lebensjahr. *JbKiKrk* 57. 1925.
- STERN, W., Psychologie der frühen Kindheit. Leipzig.
- STERN, E., Psyche der Lungenkranken. Gießen.
- ZIEHEN, Th., Methoden der Intelligenzprüfung. Berlin, Karger.

Abkürzungen

- ErgInnMd* = Ergebnisse der Inneren Medizin.
- JbKiHeilk* = Jahrbuch für Kinderheilkunde.
- JbKiKrk* = Jahrbuch für Kinderkrankheiten.

Lebenslauf

Geboren am 7. 6. 1902 zu Berlin, absolvierte Kandidatin das Fürstin-Bismarck-Realgymnasium im Herbst 1922, studierte zwei Semester Philosophie in Berlin und Freiburg und sattelte im Winter 1923/24 zur Medizin um. Die folgenden Semester wurden in Zürich (Sommer-Semester 1924), alle anderen Semester in Berlin absolviert.

THEKLA BERGER

Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.